Aus der Universitätskinderklinik in Strassburg i. Els.
zur Direktionszeit von Prof. Dr. Czerny.

Beitrag zur Frage der Dauerresultate
bei klinisch behandelten Säuglingen.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DER

MEDIZINISCHEN DOKTORWÜRDE

VORGELEGT DER

HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT

DER

ALBERT-LUDWIGS-UNIVERSITÄT

ZU

FREIBURG IM BREISGAU

ACAD.
LUGD.BAT.
BIBL.

VON

LOUISA ERNWEIN

AUS

THANN i. Els.

Freiburg i. Br.
Speyer & Kaerner, Universitätsbuchhandlung.
1914.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität Freiburg i. Br.

Dekan:	Referent:
Geh. Hofrat Professor Dr. Hoche.	**Professor Dr. Noeggerath.**

Druck von A. Bonz' Erben in Stuttgart.

Meinem lieben Vater.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545322_0015

Beitrag zur Frage der Dauerresultate bei klinisch behandelten Säuglingen.

In neuerer Zeit ist die Säuglingssterblichkeit in Europa fast allgemein zurückgegangen. Nach Prinzings Angaben[1] bestand schon im Verlauf des letzten Jahrhunderts eine starke Abnahme derselben in der Schweiz, in Holland, Italien, Finnland, Schweden und Norwegen, während in den übrigen Staaten die Schwankungen nur gering waren. Für den Anfang dieses Jahrhunderts zeigt eine Zusammenstellung des statistischen Amtes der Stadt Amsterdam[2], daß in den Großstädten wenigstens ein allgemeiner Rückgang der Säuglingssterblichkeit stattgefunden hat.

„Auf 100 Lebendgeborene berechnet sind gestorben:

In London	16,8	im	Jahre	1899;	11,4	im	Jahre 1907
„ Paris	11,0	„	„	„	10,7	„	„ „
„ Petersburg	31,9	„	„	„	26,6	„	„ „
„ Berlin	22,0	„	„	„	11,2	„	„ „
„ Amsterdam	13,0	„	„	„	8,9	„	„ „
„ München	27,0	„	„	„	19,7	„	„ „
„ Straßburg	22,3	„	„	„	16,7	„	„ „

Nach einer Tabelle der internationalen Hygiene-Aussellung in Dresden 1911 (177)[3] betrug die Zahl der Sterbefälle im 1. Lebensjahr in Deutschland in Orten mit 15000 und mehr Einwohnern durchschnittlich auf 100 Lebendgeborene 1877—1881 = 26,0;
1896—1900 = 21,95;
1905—1909 = 17,95.

Auf dem Lande, wo die natürliche Ernährung üblich und die Sommersterblichkeit eine viel geringere ist als

in den überhitzten Wohnungen der städtischen Bevölkerung, war lange Zeit die Mortalität geringer als in der Stadt. Nach einer Statistik über die Säuglingssterblichkeit im Großherzogtum Mecklenburg-Schwerin im Jahre 1911 von Prof. Brüning[4] besteht dies dort noch zu Recht; aber er hebt doch hervor, daß das Überwiegen der Sommersterblichkeit in der Stadt im heißen Jahre 1911 über die Sterblichkeit auf dem Lande kein sehr erhebliches mehr war. In Süddeutschland ist nach Prinzings Untersuchungen in dieser Beziehung ein Umschwung eingetreten, insofern als die Städte jetzt besser stehen als das Land. Auf der internationalen Hygiene-Ausstellung Dresden 1911[3] zeigte eine Tabelle (179), welche die Sterblichkeit der Kinder im ersten Lebensjahre in den Großstädten, Mittelstädten und kleineren Gemeinden Deutschlands von 1906—1908 darstellte, daß im Durchschnitt auf 100 Lebendgeborene in den kleineren Gemeinden 18,07, in den Mittelstädten 17,98, in den Großstädten nur 17,53 während des 1. Lebensjahres starben. Die Ursachen, welche diese geringere Säuglingssterblichkeit in den Städten gegenüber dem Lande bedingen, sind mannigfaltig und schwer zu übersehen. Es mag dabei die Hebung der sozialen und hygienischen Verhältnisse eine wichtige Rolle spielen, da diese in den letzten Jahren den ärmeren Stadtbewohnern verbesserte Lebensbedingungen geschaffen hat, während die Landbevölkerung weniger davon beeinflußt wurde.

Neben allgemeinen Ursachen hat aber auch seit dem Aufschwung der Pädiatrie die direkte Arbeit an den Säuglingen begonnen, gute Resultate zu erreichen. Daß dies in früheren Zeiten nicht der Fall war, beweist die vielfach noch herrschende Angst, Kinder einem Krankenhause anzuvertrauen. Maunoir[5] schrieb noch am Ende des vorigen Jahrhunderts: „Il est hors de doute, que dans certaines familles, heureusement peu nombreuses, le séjour à l'hôpital est considéré comme

un moyen honnête sinon infaillible de se débarrasser d'une façon définitive de ses enfants;" und Villarmé[6] konnte den ironischen Vorschlag machen, über der Eintrittspforte des Pariser Säuglingsheimes die Inschrift anbringen zu lassen: „Ici on fait mourir les enfants aux frais publics".

Nicht besser sah es in Deutschland aus. In Findelhäusern, Krippen und Asylen betrug, obwohl es sich dort meist um gesund eingelieferte Kinder handelte, die Mortalität 60—70%[7]. Die Resultate waren so schlecht, daß diese Anstalten öfters behördlich geschlossen wurden, so in Berlin[7] 1869, in Breslau 1881. Eine Ausnahme bildete das Kinderhaus in Gräbschen bei Breslau, in welchem nach Soltmann[9] in den Jahren 1882—93 die Mortalität durchschnittlich nur 2,8% erreichte: auf 766 Säuglinge starben 22. Diese auffallende Differenz erklärt Soltmann mit Recht dadurch, daß in Gräbschen die Kinder mit den Müttern aufgenommen und größtenteils mit Frauenmilch ernährt wurden. Die meisten anderen Anstalten standen selbst bis in die letzten Zeiten nicht besser als das Pflegehaus von Düsseldorf, von dem Schloßmann[8] schreibt: „Es erlagen durchschnittlich von 1903—06 71,5% der von der Stadt Düsseldorf in Anstaltspflege genommenen Säuglinge der ihnen gewidmeten Fürsorge; im Jahre 1906 allein 75,5%."

Daß in dieser Zeit die Mortalität in den Säuglingsabteilungen der Kinderkrankenhäuser eine noch größere war, ist selbstverständlich. Heubner[6] beobachtete in der Charité-Abteilung für Säuglinge eine Mortalität von 60—80, ja 90%. Sie sank im Jahre 1896 auf 73%, dann 58%. Soltmann[7] gibt aus der Leipziger Universitätsklinik als Durchschnittszahl in den 6 Jahren 1900—05 eine Mortalität von 55,2% an: unter 2249 Entlassungen waren 1243 Todesfälle. Unter Schloßmanns Leitung sank in der Dresdener Kinderklinik die Mortalität von 42% im Jahre 1898—99, auf 23,5% im Jahre 1900 und 22,9% im Jahre 1904[7]. Angaben

über die letzten Jahre konnte ich nicht finden, denn die Mortalität, die Schloßmann[8] kürzlich aus seiner Düsseldorfer Kinderklinik für die Zeit vom 1. Januar 1907 bis 31. Juli 1912 angibt = 10,9%, bezieht sich nicht auf die Zahl der in der Kinderklinik selbst aufgenommenen Säuglinge, sondern auf die Zahl der meist gesunden Kindern, die in die Pflegeanstalt eintraten, welche mit der Klinik in Verbindung steht. Dort allein betrug die Mortalität 5,9%; in beiden Anstalten zusammen 16,8%; auf 238 aufgenommene Kinder starben 40.

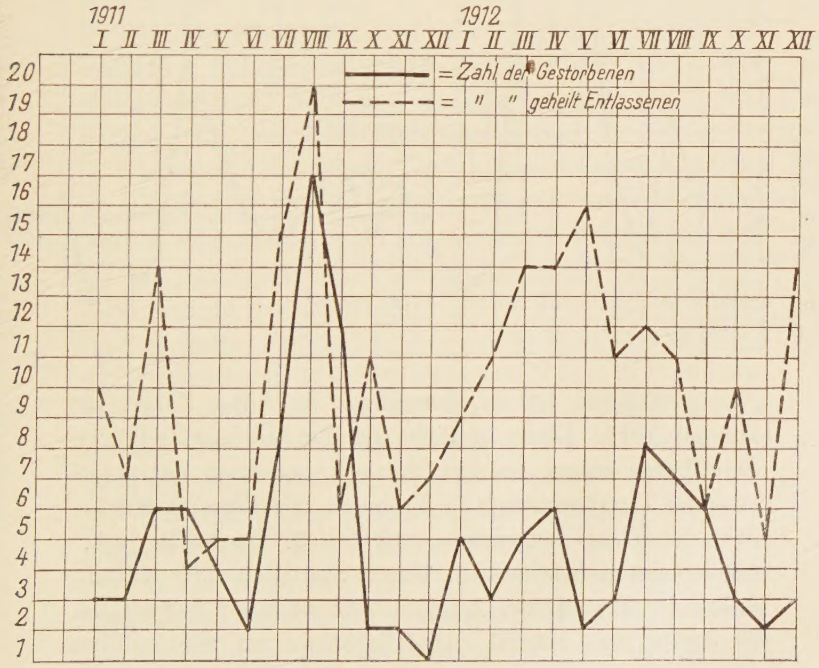
Die Mortalitätszahlen aus den Säuglingsstationen beziehen sich immer nur auf die Kinder, die nicht an Infektionskrankheiten leiden, da diese entweder bei der Aufnahme in die entsprechende Infektionsabteilung eingewiesen werden, oder dahin verlegt werden, falls die Infektionskrankheit sich erst später einstellt. Da mir die Angaben über die allgemeine Mortalität bei den Kindern unter 1 Jahr auf allen Stationen — Säuglingsstationen und Infektionsstationen — der Straßburger Kinderklinik zur Verfügung standen, schien es mir von Interesse zu sein, sie mit der Mortalität auf der einen der beiden Säuglingsstationen der Straßburger Kinderklinik, deren statistisches Material ich bearbeiten konnte, zu vergleichen.

1910—11	starben	auf	320	Kinder	unter	1	Jahr	130;	also 40,62%
1911—12	„	„	365	„	„	„	„	102;	„ 27,94%
1912—13	„	„	405	„	„	„	„	96;	„ 23,7%
im ganzen	„	„	1090	„	„	„	„	328;	„ 30,09%.

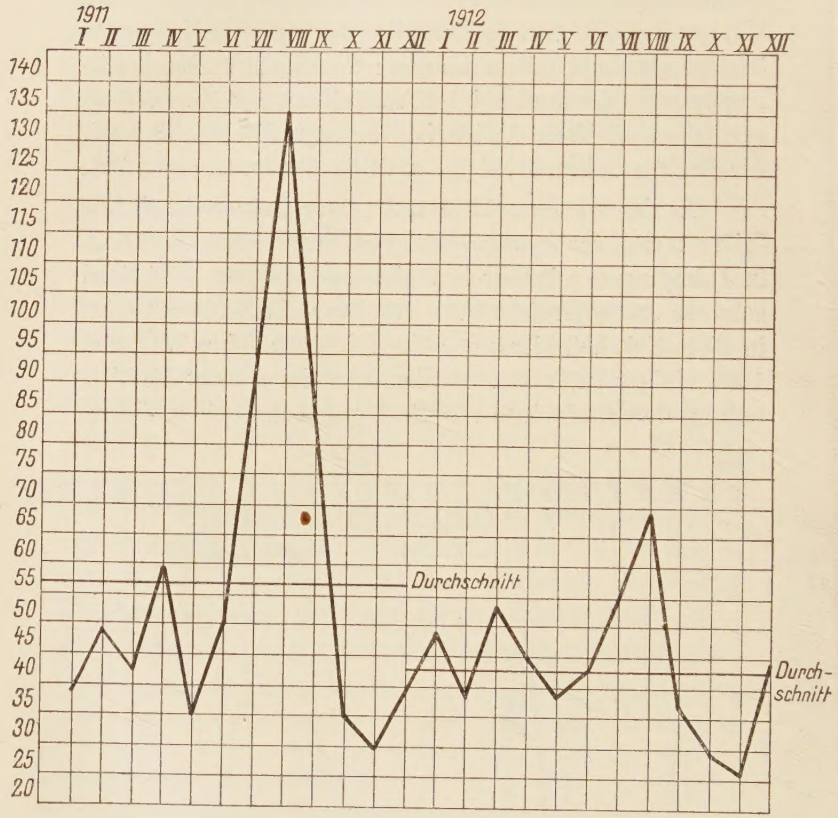
In derselben Zeit 1910 bis Ende 1912 betrug die Gesamtmortalität auf einer der Säuglingsstationen allein 34,65%: auf 430 Kinder waren 149 gestorben. Daß die Mortalität hier größer ist als die allgemeine Mortalität der Kinder unter 1 Jahr auf allen Stationen, mag sich daraus erklären, daß die schwersten Erkrankungen des Säuglingsalters wie Meningitiden, Tuberkulosen, Atrophien, Frühgeburten, Pylorospasmen usw. hier zur Aufnahme kommen und mitgerechnet sind.

Unter den 149 Kindern, die von August 1910, als die Kinderklinik in Straßburg in Betrieb kam, bis zum Dezember 1912 starben, sind diejenigen mit eingerechnet, die moribund eingeliefert schon am 1. Tage starben: 24 an Zahl und diejenigen, die trotz ihres schlechten Zustandes 3 Tage noch am Leben blieben: 24 an Zahl. Nach Abzug derselben, wie es bei der Aufstellung der Mortalitätsstatistiken vielfach üblich ist, beträgt die Sterblichkeit für die $2^1/_2$ Jahre 26,44 %: auf 382 Kinder starben 101.

Da der Sommer 1911 mit seiner außerordentlichen Hitze in dem feuchtwarmen Klima Straßburgs, das schon in Jahrgängen mit Durchschnittstemperaturen auffallend schwere und zahlreiche Fälle von Brechdurchfall aufweist, in diese Zeit fiel, bietet der Vergleich der Jahre 1911 und 1912 einiges Interesse. Beiliegende Kurve zeigt die Verteilung der Sterbefälle auf die Monate der beiden Jahre.



Die Mortalität der Säuglinge während dieser zwei Jahre in der ganzen Stadt Straßburg stellt folgende Kurve dar.



Auffallend ist an derselben die hohe Zacke im August 1911. Diese ist nicht nur der Mortalitäts-Kurve Straßburgs eigen, sondern den „Nachrichten des statistischen Landesamtes“ zu Folge in der Gesamt-Mortalität für Elsaß-Lothringen aufgefallen. Es heißt dort:[9] „Die meisten Sterbefälle, durchschnittlich 115 täglich, fallen in den Monat August, der während der letzten 37 Jahre erst einmal die Höchstzahl an Sterbefällen

aufzuweisen hatte, während die Höchstzahl 20 × in den März, 6 × in den April, 5 × in den Februar fiel und nur je 1 × auf die Monate Mai, August und Dezember, kein einziges Mal aber auf die Monate Januar, Juni, Juli, September, Oktober und November traf." Sicher spielt bei diesem jähen Emporschnellen der allgemeinen Mortalität im heißen August 1911 die Zunahme der Säuglingssterblichkeit eine große Rolle. Auch im Jahre 1912 zeigt die Kurve keinen kontinuierlichen Verlauf sondern ein plötzliches Ansteigen im August. Schloßmann[10] fand in Düsseldorf bei der allgemeinen Mortalitätsberechnung der Säuglinge für 1903—05 eine ähnliche Steigerung der Todesfälle im August. Er erklärte diese Steigerung, die im Vergleich zu der viel gleichmäßiger auf das ganze Jahr verteilten Sterblichkeit in München z. B. auffällt, daraus, daß er die sozialen und hygienischen Verhältnisse in Düsseldorf verhältnismäßig so viel besser schätzte, daß die Säuglinge nur den gesteigerten Noxen der Sommertemperatur zum Opfer fallen konnten. Ob diese Erklärung auch für Straßburg zutrifft, kann ich nicht entscheiden.

Die erste Kurve zeigt den enormen Unterschied der Mortalität auf der Säuglingsstation in beiden Jahren: 1911 mit seinem heißen Sommer weist auf 177 Entlassene 66 Tote auf; also eine Gesamtmortalität von 37,28 %. Nach Abzug der 20 Kinder, die in den 3 ersten Tagen starben, bleiben auf 157 Entlassene 46 Tote, also 29,29 %. 1912 kamen auf 194 Entlassene 59 Tote, also eine Gesamtmortalität von 30,42 %. Nach Abzug der 19 in den 3 ersten Tagen Verstorbenen bleiben auf 175 Entlassene 40 Tote; folglich beträgt die Mortalität 22,85 %.

Statistiken über die Mortalität in Säuglingskrankenhäusern fehlen nicht. Ein auffallender Mangel besteht aber an Berichten über das weitere Schicksal der klinisch behandelten und geheilt entlassenen Kinder, obgleich diese Untersuchungen erst ein richtiges Bild von dem Erfolge

der Behandlung geben können. Soltmann hebt diese Tatsache in einem Artikel über Säuglingssterblichkeit im Krankenhause[7] in folgenden Worten hervor: „Diese Mortalitätsziffern beweisen an sich noch nichts über die Sterblichkeit der Säuglinge, die unsere Anstalt passierten; dazu müßte der Verfolg ihrer ferneren Schicksale nach der Entlassung aus dem Krankenhause stattfinden.“ Erst dann wäre ein wirklicher Erfolg der klinischen Behandlung zu vermerken, wenn diese Kinder, die offenbar einer konstitutionellen Schwäche, oder einer Steigerung der ungünstigen Lebensverhältnisse, oder geringen Graden beider Schädlichkeiten zum Opfer gefallen sind, durch die klinische Behandlung befähigt worden wären, im alten Milieu die wiedererlangte Gesundheit zu bewahren. Soltmann[7] ließ im Jahre 1905 eine Umfrage veranstalten über die 179 in diesem Jahre entlassenen Kinder. Von 162 konnte er Nachricht erhalten und davon waren schon in den ersten Monaten 93 gestorben; also betrug die Mortalität draußen 57,4%. In der Anstalt erreichte sie in derselben Zeit 52,64%. Er zieht aus diesen Zahlen den Schluß, daß trotz der augenblicklichen Heilerfolge keine Gewähr für weiteres Gedeihen gegeben war. Er glaubt die Kürze der Behandlung und die Art der Ernährung als Ursache dieses Mißerfolges ansehen zu müssen, fürchtet aber, daß bei längerem Verweilen des Kindes im Krankenhause die Resultate nicht gebessert würden, da die gesteigerte Infektionsgefahr und der Hospitalismus immer noch zu viele Opfer verlangen. Die Angaben Soltmanns werfen ein trauriges Licht auf die Dauerresultate bei klinisch behandelten Säuglingen, und sie könnten als Stütze für die Ansichten derjenigen herangezogen werden, die vom rassehygienischen Standpunkt aus oder in Rücksicht auf den enormen Aufwand an Kraft und Geld die Meinung vertreten, es solle nicht versucht werden, künstlich die natürliche Auslese einzuschränken, wenn doch nur ein

momentaner Erfolg erreicht werden könne. Glücklicherweise ist in den letzten Jahren neben der Herabsetzung der Mortalität in den Säuglingsabteilungen der Kliniken auch eine Verminderung derselben bei den entlassenen Kindern eingetreten.

Außer den Angaben von Soltmann ist es mir nicht gelungen, andere Berichte über Nachuntersuchungen an klinisch behandelten Säuglingen zu ermitteln. Leider war es mir nicht möglich, das ganze Material aus der Säuglingstation der Straßburger Kinderklinik vom August 1910 bis Dezember 1912, das mir zur Verfügung stand, zu verfolgen. Bei der geringen Seßhaftigkeit der unteren Bevölkerungsklassen, welche die Kinderklinik in Anspruch nehmen, konnte ich nicht eine genügende Zahl Kinder erreichen, die 1910 und 1911 in Behandlung gewesen waren, um diese Angaben statistisch verwerten zu können. Nur von den Säuglingen, die im Laufe des Jahres 1912 entlassen wurden, konnte eine größere Zahl ermittelt werden. Von 133 Entlassenen konnten 85 Kinder größtenteils persönlich untersucht werden, oder es konnte doch zuverlässiger Bescheid über dieselben durch Eltern respektive Pflegeeltern direkt erhalten werden.

Von diesen 85 Kindern waren bis zum Juni 1913 16 gestorben. Somit beläuft sich die Mortalität nach der Entlassung auf 18,82%. In der Klinik selbst betrug sie 1912 30,42% respektive 22,85% wie oben angegeben ist. Es ist also neben der Verminderung der Mortalität in der Klinik auch eine Herabsetzung derselben bei den Entlassenen eingetreten. Es mag die Ursache dieses Fortschrittes darin liegen, daß die Säuglinge verhältnismäßig lange in Behandlung blieben, und nicht nur die augenfälligen Krankheitssymptome zum Verschwinden gebracht wurden, sondern die Kinder, wenn irgend möglich, erst dann entlassen wurden, wenn sie soweit hergestellt waren, daß sie als vollkommen repariert gelten konnten und keinerlei Rück-

fall zu befürchten war. Außerdem wurde aber während der klinischen Behandlung auch stets die Konstitution der Kinder berücksichtigt, um etwaige Dispositionen zu Infektionen möglichst herabzusetzen. Inwieweit dies gelungen ist, beweisen die obigen Zahlen.

Wenn aus dem übrigen Material der Säuglingsstation auch keine statistischen Angaben zu gewinnen sind, so bietet es doch in sofern Interesse, als die untersuchten Kinder schon 2—3 Jahre nach ihrer Entlassung verlebt hatten, und sich in dieser längeren Zeit wirklich Dauererfolge nachweisen lassen.

Die große Mehrzahl der Säuglinge war wegen Ernährungsstörungen aufgenommen worden. Von 83 derselben konnte Nachricht erhalten werden. Darunter waren 9 Todesfälle. Der eine (7)*) erfolgte nach einem Sturz aus beträchtlicher Höhe an Gehinerschütterung. Ein Kind (48) war krank gegen ärtzlichen Rat abgeholt worden, und starb 3 Wochen danach an Brechdurchfall. Drei Kinder (70, 108, 120) starben an Pneumonie längere Zeit nach der Entlassung. Bei 4 Kindern (13, 65, 84, 86) war die Todesursache nicht sicher festzustellen. Bei den Überlebenden konnte, obwohl sie zum Teil wegen schwerer Ernährungsstörungen seinerzeit zur Aufnahme gekommen waren, keine besondere Empfindlichkeit des Magendarmtractus nachgewiesen werden. Sie waren durchschnittlich mit 1—1½ Jahren fähig gewesen zur gemischten Kost überzugehen. In Bezug auf Gewicht und Länge waren die meisten gegen normale Kinder zurück nach den Angaben der von Pirquet veröffentlichten Tafel zur Bestimmung von Wachstum und Ernährungszustand von Kindern[11], welche nach den Durchschnittszahlen von Camerer zusammengestellt ist. Bei 52 dieser Kinder, die bei der Nachuntersuchung gewogen wurden, war in 38 Fällen das

*) Die Zahlen beziehen sich auf die Tabellen am Schluß.

Gewicht geringer, als es dem Alter entsprechend sein sollte, also bei 73,09%. In Bezug auf die Länge standen sie noch schlechter: von 28 Kinder, die gemessen wurden, hatte nur 1 die dem Alter entsprechende Länge erreicht. Es scheint aber nicht, daß die früher durchgemachte Ernährungsstörung dieses geringe Gewicht und Längenwachstum verursachen konnte, denn die Kinder, die wegen anderer Erkrankungen in Behandlung gewesen waren, erreichten ebensowenig die als normal angegebenen Zahlen. Bei 23 derselben war 18× das Gewicht niedriger als normal, also bei 78,26%. Ob die Durchschnittszahlen Camerers überhaupt zu hoch angenommen sind, oder ob die elsässischen Kinder allgemein den württembergischen, nach denen Camerer seine Durchschnittszahlen aufgestellt hat, in Bezug auf Gewicht und Länge nachstehen, oder ob dieser Unterschied davon herrührt, daß die untersuchten Kinder aus den schlecht situierten Kreisen Straßburgs stammen, während für Camerers Berechnung Kinder der verschiedensten Kreise wohl berücksichtigt wurden, kann ich nicht entscheiden. Pirquet hebt hervor[11], daß „zur Ermittelung des Ernährungszustandes das absolute Gewicht eines Kindes nicht mit dem Durchschnittsgewicht des entsprechenden Lebensalters sondern mit der tatsächlichen Länge zu vergleichen sei.“ Bei den 37 Kindern, deren Gewicht und Länge bestimmt wurde, war in 20 Fällen das Gewicht der Länge entsprechend, oder höher. Also hatte die Mehrzahl dieser Kinder einen günstigen Ernährungszustand aufzuweisen. Diese Beobachtung stimmt mit dem allgemeinen Eindruck überein, den die meisten nachuntersuchten Kinder machten. Sie schienen fast alle die früheren Verluste eingeholt zu haben und hatten leider zum Teil sogar recht erheblichen, überreichlichen Ansatz von Fett aufzuweisen. Infolgedessen waren wohl viele von ihnen rachitisch geworden, und es waren bei einigen exsudative

Symptome manifest geworden, die zuvor latent geblieben waren.

Von den 9 Kindern, die als ausgesprochene Hypotrophiker aufgenommen worden waren, sind 2 nach ihrer Entlassung gestorben. Das eine (78) das mit 5 Monaten ein Gewicht von 3000 g erreicht hatte, starb mit 23 Monaten an Pneumonie, nachdem es dauernd gekränkelt und eine starke Rachitis (Rippenverbiegungen, Infraktionen) durchgemacht hatte. Das andere (141) das mit 2 Wochen bei der Aufnahme 1620 g wog, mit 3 Monaten 2760 g, mit 7 Monaten bei einer erneuten Aufnahme 2550 g und mit 14 Monaten 2880 g wog, starb mit 17 Monaten an Atrophie und Tetanie und hatte damals ein Gewicht von 4650 g erreicht. Unter den 7 Überlebenden waren nur 2 gleichaltrigen Kindern entsprechend entwickelt (30, 46). Von einem (34) konnte nur brieflich erfahren werden, daß es gesund und kräftig sei. Vier unter den 6 Kindern, die ich selbst untersuchen konnte (9, 31, 114, 121), waren noch im Alter von $2^{3}/_{4}$, $2^{1}/_{2}$, $1^{3}/_{4}$, $1^{1}/_{4}$ Jahren weit hinter normalen Kindern zurück. Weder Gewicht noch Körperlänge waren entsprechend entwickelt. Auch die geistige Entwicklung machte nur langsame Fortschritte. Bei dem einen derselben (114) handelte es sich um eine Kombination mit angeborener Syphilis, sodaß seine mangelhafte Entwicklung nicht nur als eine Folge der schweren Ernährungsstörung im Säuglingsalter angesprochen werden kann.

Es wird häufig ein Zusammenhang zwischen den Ernährungsstörungen im Säuglingsalter und einer späteren Rachitis angenommen (Jacobi, Marfan, Comby, Baginsky u. a.). Bei den von mir nachuntersuchten Fällen konnte dieser nicht nachgewiesen werden. Unter 60 ernährungsgestörten Säuglingen, die später untersucht wurden, zeigten 41, also 68,33% entweder eine floride Rachitis oder Spuren einer abgelaufenen. Bei

allen nachuntersuchten Kindern zusammen fanden sich in 70.29% der Fälle Rachitis. Diese Zahl stimmt ungefähr mit derjenigen überein, die Lesage über die Frequenz der Rachitis in Europa anführt[12]. Für Norddeutschland und Rußland gibt er 80—100% an, für Neapel nach Fede 60—70%. Die Häufigkeit und Schwere der Rachitis im Elsaß bezw. in Straßburg ist im allgemeinen auffallend. Nach den Beobachtungen an den übrigen Kindern, die die Straßburger Poliklinik besuchten, habe ich nicht den Eindruck, daß die Nachuntersuchten, die früher Ernährungsstörungen durchgemacht hatten, in höherem Maße oder größerer Zahl als die anderen an Rachitis erkrankten.

Zwei Fälle von Milchnährschaden, (6, 32) der früher speziell in Beziehung zur Rachitis gebracht wurde, zeigten keine Spuren von Rachitis. Sie lassen sich in dieser Beziehung dem Falle anreihen, den Salge in seinem Lehrbuch[13] anführt. Beide Kinder hatten ein sehr gutes Aussehen und ihr Gewicht übertraf das ihrem Alter entsprechende. Der eine Junge von 4 Jahren (6) war auch größer als es für sein Alter als normal angegeben wird und kann geradezu als ein Beispiel gesunder Entwicklung betrachtet werden.

Von den 9 Säuglingen, die wegen Mehlnährschadens in Behandlung gewesen waren, starben 8 in der Klinik. Die schlechte Prognose solcher Fälle hebt Czerny[14] in folgenden Worten hervor: „Eine Ernährung mit kohlehydratreicher Kost, noch mehr aber eine länger fortgesetzte ausschließliche Ernährung mit Mehl, schädigt die natürliche Immunität der Säuglinge in der Weise, daß die Mehrzahl derselben tödlich verlaufenden Infektionen zum Opfer fällt." Das einzige Kind (11), das seiner Ernährungsstörung nicht unterlegen war, zeigte ein sehr geringes Längenwachstum trotz ungefähr dem Alter entsprechendem Gewicht, hatte eine schlaffe Muskulatur, war sehr dick und stark rachitisch.

Bei den Kindern, deren starke Rachitis, meist Craniotabes, während des 1. Jahres bei ihrer Behandlung in der Klinik vermerkt wurde, sind die Spuren derselben nur in wenigen Fällen verschwunden. Bei 14 von 17 derselben ergab sich eine relativ schwere Rachitis mit Thoraxdeformitäten, verbogenen Extremitäten, Infraktionen usw. 5 Kinder waren gestorben. 2 davon (65 und 98) waren 6 resp. 2 Monate nach der Entlassung an unbekannter Krankheit gestorben; das dritte (71) starb der Beschreibung nach plötzlich in einem laryngospastischen Anfall. Ein anderes (81) konnte mit 23 Monaten, als es starb, noch nicht gehen und hatte angeblich einen Rippenbuckel. Bei einem andern (108), das mit 13 Monaten einer Pneumonie erlag, hat die Weichheit des Thorax sicher eine verhängnisvolle Rolle gespielt.

Bei den Kindern, die im 1. Jahr an Rachitis erkrankt waren, ließ sich kein besonderes Hervortreten von spasmophilen Symptomen erkennen. Nur eines (31) hatte ein positives Facialisphänomen; es bestand aber keine galvanische Übererregbarkeit. Dieses Kind hatte neben seiner Rachitis im 4. Monat eine schwere Tetanie durchgemacht. Anamnestisch wurden bei 1 Kind unter 17 Krämpfe angegeben; ob es sich dabei um tetanische Zustände gehandelt hat, ist nicht sicher zu entscheiden.

Obwohl also bei den im Säuglingsalter schon stark rachitischen Kindern kein gehäuftes Vorkommen von spasmophiler Diathese nachweisbar war, fällt der oft hervorgehobene Zusammenhang von Rachitis und Tetanie doch insofern auf, als fast alle Kinder, die wegen Tetanie im 1. Jahre in Behandlung gewesen waren, später eine starke Rachitis durchmachten. Unter 10 derselben, die persönlich untersucht wurden, war nur eines, das keine Spuren von auffallend schwerer Rachitis trug. Eines derselben (31) hatte noch ein positives Fa-

cialisphänomen, aber keine elektrische Übererregbarkeit. 2 derselben hatten nach der Entlassung noch Krampfanfälle gehabt (26, 36). Von den 2 Kindern, die gestorben sind, ist bei einem (76) in der Klinik mit 20 Monaten eine schwere Tetanie festgestellt worden; bei dem andern war nach der Beschreibung der Mutter der Tod im laryngospastischen Anfall eingetreten. Bei letzterem waren schon 3 Geschwister auch an sogenannten „Gichtern" gestorben. Ebenso wurde im Falle 142 angegeben, daß 1 Monat nach der Entlassung des an Tetanie leidenden Mädchens dessen Schwester an Krämpfen gestorben sei. In den anderen Fällen war ein familiäres Auftreten der Tetanie nicht beobachtet worden, sodaß keine Angaben darüber vorliegen.

Sehr auffallend ist die Tatsache, daß bei 7 Fällen von Keratomalacie, die in dem Material vorlagen, bei 4 Kindern zugleich Tetanie bestand. Es werden die verschiedensten Schädlichkeiten als Ursache der Keratomalacie angenommen: Infektionen durch die Bakterien, die im Coniunctivalsack vorkommen, Intoxicationen bei alimentären Störungen, Austrocknung der Hornhaut beim seltenen Lidschlag der Atrophiker, allgemeine Wasserverarmung des Organismus u. a. mehr. Wenn solche Schädlichkeiten aetiologisch allein in Frage kommen, ist es sonderbar, daß Keratomalacie nicht ebenso häufig bei Pylorospasmus, bei Mehlnährschaden, die unter den Zeichen der größten Atrophie zum Tode führen, vorkommt wie bei Tetanie. Unter 149 Todesfällen einer Säuglingsstation der Straßburger Kinderklinik war 2mal Keratomalacie aufgetreten; einmal bei einem Mehlnährschaden, das andere Mal bei einer Atrophie nach lang dauerndem Brechdurchfall. Außerdem war bei einem der nachuntersuchten Kinder (52) Keratomalacie während einer schweren Ernährungsstörung des 1. Jahres vermerkt. In dieser selben Zeit, in welcher diese 3 Fälle von Keratomalacie bei den zahl-

reichen schweren Ernährungsstörungen vorkamen, traten die oben angeführten 4 Fälle von Keratomalacie bei den relativ viel selteneren Fällen von Tetanie auf. Die 3 Fälle von Pylorospasmus, die in der Klinik starben, hatten keine Keratomalacie, unter den 8 schweren Mehlnährschaden war nur der eine eben angeführte mit Keratomalacie verbunden. Es dürfte sich wohl lohnen, an der Hand eines größeren Materials der Frage nachzugehen, ob nicht neben den schweren alimentären Schädigungen noch eine besondere Veranlagung notwendig ist, um zu einer Keratomalacie zu führen. Dieser Gedanke drängt sich uns umsomehr auf, als wir gesehen haben, daß die extreme Abmagerung ebensowenig Keratomalacie hervorruft als chronische, einseitige Ernährung. Die Durchsicht unserer Fälle lehrt uns, daß bei vielen Kindern, die wegen Keratomalacie eingeliefert wurden, zugleich eine Tetanie bestand. Bei diesem gehäuften Zusammentreffen liegt die Vermutung nahe, daß dieselbe Noxe beiden Erkrankungen zu Grunde liege. Möglicherweise könnte einer Störung im Kalkstoffwechsel eine wichtige Rolle bei der Tetanie zugesprochen werden. W. Stöltzner[15] hat in der letzten Zeit experimentell nachgewiesen, daß die Linse durch den Gehalt an Calciumsalzen der sie umspülenden Flüssigkeiten so beeinflußt wird, daß die Tetaniekatarakt auf eine Störung im Calciumstoffwechsel beruht, nach seiner Meinung auf einem abnorm hohen Gehalt der Gewebsflüssigkeiten an Calcium. Von anderer Seite wird gerade das Defizit an Calcium als Ursache der Tetanie angenommen. Orgler[16] hebt hervor, daß die Störung des Salz- speziell des Kalkstoffwechsels in diesem Sinne je nach ihrem Angriffspunkt am Knochensystem Rachitis, am Nervensystem Tetanie hervorrufe. Ob bei der Keratomalacie eine Steigerung oder Verminderung des Calcium von Bedeutung ist, wäre zu prüfen.

Die Zahl der Säuglinge, die an Pneumonie erkrankt

waren, ist verhältnismäßig groß. In vielen Fällen ist sie als Begleiterscheinung schwerer Ernährungsstörungen aufgetreten. Unter den primären Pneumonien waren 2 Fälle mit Tuberculoseverdacht. Das eine Kind (15), das in der Klinik auf die Pirquetsche Cutanreaktion negativ reagiert hatte, starb 8 Monate nach der Entlassung. Die Sektion ergab eine weit vorgeschrittene Lungen- und Peritoneal-Tuberculose. Die tuberculöse Mutter hatte das Kind in der Zwischenzeit gepflegt. Das andere Kind (39), dessen Vater an Tuberculosis pulmonum leiden soll, ist ein schwächliches, blasses Kind. Es soll seit der Entlassung nur selten gehustet haben. Bei der Untersuchung war auf den Lungen nichts besonders nachweisbar; die Pirquetsche Cutanreaktion fiel negativ aus. Zwei Fälle von nachgewiesener tuberculöser Pneumonie (77, 120) wurden gegen ärztlichen Rat in schwerem Zustand aus der Klinik abgeholt und starben nach 3 Stunden respektive nach 3 Wochen.

Zumeist handelte es sich um die gewöhnlichen Bronchopneunomien der Säuglinge. Es ist schon lange bekannt, daß dieselben in ihrem Verlaufe unberechenbar sind. Sehr oft heilen sie in verhältnismäßig kurzer Zeit restlos aus. In anderen Fällen ziehen sie sich unter manigfachen Schwankungen über Wochen hin; es kommt aber dennoch zu einer völligen restitutio ad integrum. Endlich aber können sich auch schwere Folgezustände bei diesen Bronchopneumonien ausbilden. Untersuchungen von Vogt[17] haben gelehrt, daß sich unter Umständen dauernde anatomische Veränderungen, die er als Bronchiolectasien bezeichnet, daraus entwickeln können, Folgeerscheinungen, die man früher zumeist auf Masern- oder Keuchhustenpneumonien zurückführen zu müssen glaubte. Gerade seine Beobachtung: „die Gefahr, daß eine Bronchopneumonie nicht restlos ausheile, sondern eine chronische Erkrankung zurücklasse,

sei anscheinend um so größer, je jünger das erkrankte Kind sei", mußte dazu auffordern, bei unseren Patienten auf solche Folgezustände zu achten. Umsomehr als Lederer[18] in jüngster Zeit auch 11 Fälle von solchen chronischen Kinderpneumonien beschrieben hat.

Unter den 19 Fällen von Pneumonien im Säuglingsalter, von denen ich Bericht erhalten konnte, waren 2 gestorben (98, 125). Leider konnte bei beiden nichts genaues über die Todesursache erfahren werden. Bei den meisten Kindern wurden bei der Nachuntersuchung die Lungen vollkommen frei gefunden bis auf 2, die seit der Entlassung fast dauernd gehustet hatten. Perkutorisch war über den Lungen nichts Pathologisches nachweisbar. Dagegen fiel verlängertes Exspirium, Giemen und diffuses, grobblasiges Rasseln bei der Auscultation auf. Beide Kinder waren sehr fett, hatten große Tonsillen und Nackendrüsen, litten häufig an Schnupfen, Ekzemen, Intertrigo. Die hierdurch sicher gestellte exsudative Diathese hat zweifelsohne den Boden für die häufig rezidivierenden Infektionen, die zu Katarrhen vom Charakter der Asthma-Bronchitiden führten, vorbereitet. Die einmalige Untersuchung aber gestattete keine sichere Entscheidung der Frage, ob nicht etwa hier, so wie Vogt es beschrieben, z. Z. des Nachlassens des diffusen Katarrhes kleine circumscripte Lungenherde nachweisbar wurden, die als Bronchiolectasien anzusprechen gewesen wären, und von welchen die stete Reinfektion der Lungen ausging.

Bei der weiten Verbreitung der exsudativen Diathese ist es selbstverständlich, daß deren Symptome bei sehr vielen nachuntersuchten Kindern aufzufinden waren. Czerny[13] schreibt in seiner Abhandlung über exsudative Diathese von ihrer Häufigkeit: „So wie wir heute nur selten eine Familie finden, deren Kinder frei auch von leichten Formen der Rachitis sind, ebenso selten finden wir Familien, deren Kinder keinerlei Zeichen

der exsudativen Diathese aufweisen.“ Von den 26 nachuntersuchten Kindern, bei denen im 1. Jahr ausgeprägte Symptome von exsudativer Diathese hervorgehoben wurden, sind 22 nach dem Bericht der Mütter häufig an Ekzem, Intertrigo, Schnupfen, Bronchitiden usw. erkrankt gewesen. Es fanden sich bei allen entweder große Tonsillen oder Landkartenzunge oder Nackendrüsenschwellungen oder Intertrigo- und Ekzemspuren. Mehrere unter ihnen boten das typische Bild der maßlos dicken, aufgeschwemmten Gestalten mit Hyperplasie der lymphatischen Organe (18, 29, 36, 38, 54, 68). Daß die Resultate der Nachuntersuchung in Bezug auf die exsudative Diathese so unbefriedigende sind, erklärt sich einerseits aus der Hartnäckigkeit dieser Konstitutionsanomalie, andererseits aus der Art der Ernährung. Das Vertrauen auf den Wert der Milch und der Eier ist in Straßburg noch so fest eingewurzelt, dazu ist auch wohl dieser Ernährungsmodus so bequem, daß trotz aller Aufklärung eine Überfütterung der Kinder mit Milch und Eiern fast die Regel ist.

Ganz schlecht sind, wie leider zu erwarten, die Resultate der Nachuntersuchung bei den 5 Kindern, die schon im 1. Jahre an Hydrocephalus gelitten hatten. 3 von ihnen starben an Krämpfen einige Monate nach der Entlassung (2, 71, 105). Von den 2 anderen ist der eine (43) vollständig imbecil und kann mit 2 Jahren noch nicht laufen, der andere (66) ist zum mindesten debil und lief erst mit 25 Monaten. Diese Resultate decken sich mit denjenigen, die Zappert[20] feststellte, der bei großem Hydrocephalus die geistigen Funktionen dauernd geschädigt und das Eintreten der Gehfähigkeit sehr verspätet fand bei der kleinen Zahl von Kindern, die nicht bald nach der Geburt oder in frühen Altersperioden gestorben waren.

Von den 2 Kindern mit angeborenen Herzfehlern, die trotz ihres schlechten Zustandes bei der Einlieferung

(Cyanose, Dyspnoe, Oedeme) sich erholten und entlassen werden konnten, starb das eine (24) bereits 1 Monat später. Das zweite (5) machte einen schwächlichen Eindruck, obgleich es seit der Entlassung nie mehr ernstlich krank gewesen war; es war auffallend blaß und ängstlich und soll bei der geringsten Anstrengung über Müdigkeit klagen. Die Herzdilatation nach links oben, ein systolisches Geräusch, das an der Herzspitze am stärksten aber an allen Ostien hörbar war, Trommelschlägerfinger geringen Grades lassen noch jetzt über die Schwere der Erkrankung keinen Zweifel, wenn auch z. Z. der Untersuchung kein Hydrops und keine Leberschwellung nachzuweisen waren.

In den eben angeführten Todesfällen bei Hydrocephalus, congenitalem Herzfehler, sowie in den oben erwähnten Fällen von tuberculösen Pneumonien war der exitus letalis unvermeidlich. Von diesen 6 Fällen betrafen 4 Kinder, die im Laufe des Jahres 1912, für welches ich die Mortalität bei den Entlassenen berechnete, in Pflege gewesen waren. Wie oben angegeben waren auf 85 derselben 16 gestorben. Wenn man berücksichtigt, daß darin diese 4 Fälle einbegriffen sind, in denen die Anstaltsbehandlung erfolglos sein mußte, so ergibt sich, daß quoad vitam der Kinder mehr geleistet wurde, als aus der Mortalitätszahl von 18,8% bei den Entlassenen hervorzugehen scheint. In Bezug auf den Gesundheitszustand der nachuntersuchten Kinder war, abgesehen von den letzterwähnten Fällen von Hydrocephalus und schwerem Herzleiden, der allgemeine Eindruck kein ungünstiger, wenn man in Betracht zieht, unter welchen ungünstigen Verhältnissen sie aufwachsen und man sie mit gleichgestellten Kindern vergleicht, die leider, was Rachitis und exsudative Diathese betrifft, nicht besser stehen. Wie auf den beigefügten Tabellen die Zahlen über die Dauer der Behandlung angeben, sind diese Resultate in einer relativ langen Spitalbehandlung er-

reicht worden. Es spräche somit der Endausgang für eine möglichst lange Verpflegung der Säuglinge in der Klinik. Von vielen Seiten wird gegen dieselbe die Gefahr des Hospitalismus angeführt. Es erscheint aber doch sehr fraglich, ob diese Gefahr so groß ist, wenn man die Resultate einer lang dauernden Spitalbehandlung sieht, welche das doppelte Ziel erreicht, die Säuglingssterblichkeit im Krankenhause herabzusetzen und den geheilt entlassenen Kindern eine gewisse Gewähr für eine spätere normale Entwicklung zu geben.

Entlassen	Name	Alter bei Aufnahme (Monate)	Dauer der Behandlg. (Tage)	Diagnose	Jetziges Alter (Jahre)	Gewicht (kg)	Größe (cm)	Weitere Entwicklung
VI. 1910	1. F. O.	11	15	Ernährungsstörg. Spasmus nutans.	3¾			Nach Brief gesund seit Entlassung.
	2. S. C.	3½	9	Hydrocephalus				† 2 Monate nach Entlassung an Krämpfen.
	3. B. M.	3	11	Ernährungsstörg.				† 4 Monate nach Entlassung an Diphtherie.
VII. 1910	4. K. J.	12	50	Pneumonie Craniotabes	4	11,3		Gutes Aussehen. 1912 Masern, sonst gesund bis auf häufige Halsentzündungen. Lief mit 26 Monaten, sprach mit 2 Jahren. Andeutung von pectus carinatum; sonst keine Rachitis. Tonsillen sehr groß. Nackenlymphdrüsen geschwollen. Lungen ganz frei. Facialisphän. neg.
	5. M. M.	1	110	Congenitaler Herzfehler (Systolisches Geräusch. Cyanose). Hydrocephalus	3¾	12,8		Blasses, ängstliches Kind mit schlaffer Muskulatur. Ermüdet bei geringster Anstrengung. Nie krank seit Entlassung bis auf Durchfall Sommer 1912. Sprach mit 2 Jahren. Lief mit 2½ Jahren. Soll öfters husten. Kopf auffallend groß. Etwas Rosenkranz und Epiphysenschwellung. Große Tonsillen. Nackenlymphdrüsen geschwollen. Herzdilatation nach links oben. Systolisches Geräusch. Trommelschlägerfinger. Keine ausgesprochenen Zeichen von Dekompensation. Innere Organe sonst: o. B. Kind scheint geistig wenig entwickelt zu sein.

	6. S. F.	6	75	Milchnährschaden	3¼	15	98	Blühendes Aussehen. Lief mit 2½ Jahren. War anfangs nach Entlassung noch längere Zeit schwächlich. Keine Rachitis.
VIII. 1910	7. H. E.	9	30	Ernährungsstörg.				† 12 Monate nach Entlassung an Abc. Meningitis nach Fall auf den Kopf.
	8. P. W.	8	20	Pneumonie Rachitis Exsudative Diathese	3¼	13,2		Gesund seit Entlassung. Lief mit 2 Jahren, sprach mit 1½ Jahren, aß mit 1 Jahr alles mit. Keine Zeichen mehr von exsud. Diath. bis auf große Tonsillen und Nackendrüsenschwellung. Keine Spuren v. Rachitis. Facialisphän. neg. Lungen frei. Sehr guter Zustand.
IX. 1910	9. H. C.	2½	250	Hypotrophie. Schwere Ernährgsstörg. (Hypertonie, leis. Herztön.) Rach Gewicht mit: 2½ Mon. = 3700 g 10 „ = 4300 g	2¾	11	81,7	Sehr fettes, schlaffes Kind mit großem Bauch; etwas blaß. Caput quadratum, Thoraxeinziehungen, krumme Oberschenkel. Milz nicht tastbar. Facialisphän. neg. Enorme Tonsillen. Viele geschwollene Nackendrüsen. Lief mit 2 Jahren, spricht noch wenig, ist noch nicht sauber.
	10. T. B.	2	66	Brechdurchfall Neuropathie				Seit der Entlassung gesund. Nach Bericht soll es ihm gut gehen.
	11. S. A.	2	9	Mehlnährschaden (Krank auf Wunsch entlassen)	2¾	13	80,5	War noch 6 Wochen nach der Entlassung schwer krank. Lief mit 16 Monaten, sprach mit 2 Jahren, ist schon lange sauber. 1911 Masern, 1912 Lungenentzündung. Jetzt sehr munteres Kind, aber enorm dick. Schlaffe Muskulatur, dicker Bauch. Rippenbogen weich, seitliche Thoraxeinziehungen, krumme Oberschenkel, Epiphysenschwellung. Große Tonsillen. Innere Organe gesund.

Entlassen	Name	Alter bei Aufnahme Monate	Dauer der Behandlg. Tage	Diagnose	Jetziges Alter Jahre	Gewicht kg	Größe cm	Weitere Entwicklung
	12. G. C.	7	140	Chron. Ernährungsstörung	3	11,2		1911 Masern; Sommer 1912 viel Husten und Fieber. Sonst immer gesund. Lief mit 18 Monaten, sprach mit 1½ Jahren, war mit 1 Jahr sauber. Gut aussehendes, etwas ängstliches Kind in mäßigem Ernährungszustand. Etwas Trichterbrust, Epiphysenschwellung; Kyphose der oberen Brustwirbelsäule. Innere Organe: o. B. Tonsillen groß. Nackenlymphdrüsen geschwollen.
	13. H. C.	1	32	Chron. Ernährungsstörung Eythrodermie Soor				† einige Wochen nach der Entlassung. Ursache unbekannt.
X. 1910	14. K. W.	9	50	Spastischer Husten Pastöser Habitus	3½	12,6		Masern 1911. Lungenentzündung 1912. Sonst gesund. Lief mit 9 Monaten, aß mit 1 Jahr alles mit, war früh sauber. Nur selten Husten. Facialisphänomen positiv. Keine Übererregbarkeit. Tonsillen groß. Nackenlymphdrüsen geschwollen. Gut entwickelter Junge; nur etwas zu dick. Keine Rachitis. Plattfüsse.

	15. N. A.	8	130	Pneumonie (Tbc. Verdacht) (Damals Pirquet –)			† 8 Monate nach Entlassung an Tbc. pulmonum et peritonei. War von tuberculöser Mutter gepflegt worden.
	16. H. H.	½	24	Ernährungstörg.			† 11 Monate nach Entlassung an Meningitis, nachdem das Kind häufig an Durchfall, Furunkulose, Intertrigo gelitten hatte.
XI. 1910	17. P. G.	8	72	Schwere Ernährungsstörung Blutige Stühle Bronchitis	3	12,6	Masern 1911. Pneumonie danach. Sonst gesund. Aß mit 10 Monaten alles mit, sprach mit 1½ Jahren, lief mit 2 Jahren. Kein Durchfall mehr; selten Husten. Keine Rachitis; Lungen frei. Sehr gutes Aussehen.
	18. M. B.	11	80	Rachitis Exsud. Diathese (Kopfekzem)	3	15,2	1911 Otitis media. 1912 Diphtherie und Masern; später Varizellen und Typhus. Lief mit 1 Jahr, sprach mit 1½ Jahr, aß mit 1 Jahr alles mit; war mit 3 Jahren sauber. Sehr häufig Ausschlag, Husten, Schnupfen. Fettes Kind mit dickem Bauch. Spuren von Ekzem an verschiedenen Stellen. Keine Rachitis. Leber und Milz nicht fühlbar. Tonsillen groß. Nackenlymphdrüsen geschwollen. Innere Organe: o. B.
XII. 1910	19. S. K.	4	155	Chron. Ernährungsstörung	3		Ausgezeichnetes Aussehen. Seit der Entlassung immer gesund. Keine Rachitis. Milz nicht palpabel. Etwas vergrößerte Tonsillen und Nackendrüsenschwellung. Lief mit 2 Jahren; sprach früh. Sehr gut entwickeltes Kind.

Entlassen	Name	Alter bei Aufnahme Monate	Dauer der Behandlg. Tage	Diagnose	Jetziges Alter Jahre	Gewicht kg	Größe cm	Weitere Entwicklung
	20. H. P.	9	90	Ernährungsstörg. Pneumonie	3	12,6		Hatte 2 mal Lungenentzündung seit der Entlassung, sonst immer gesund. Lief mit 2 Jahren, sprach mit 1½ Jahren, war mit 2 Jahren sauber. Tadelloser Zustand, nicht zu dick. Keine Rachitis. Lungen frei.
	21. C. P.	6	45	Schwere Ernährungsstörung	2¾	16,5		Seit der Entlassung gesund. Aß mit 1 Jahr alles mit, lief mit 1 Jahr, ist noch nicht sauber. Aufgewecktes Kind von gutem Aussehen; etwas fett. Epyphysenschwellung, weicher Rippenbogen, Rosenkranz. Milz und Leber nicht palpabel. Schöne Zähne, etwas große Tonsillen.
	22. D. A.	3½	24	Brechdurchfall	2¾	12,5		Gesund seit der Entlassung bis auf Husten augenblicklich seit 8 Wochen. Lungen frei. Rachen gerötet, Tonsillen groß. Nackendrüsen geschwollen. Spastisches Einziehen beim Schreien. Facialisphän. neg. Kind macht sehr guten Eindruck, gutes Fettpolster, blühendes Aussehen, ausgezeichnete Stimmung. Leichte Thorax-Rachitis.
	23. S. L.	11	85	Chron. Ernährungsstörung	3¼	11,4		1912 Masern; sonst immer gesund. Lief mit 21 Monaten, sprach mit 1½ Jahren, war mit 2½ Jahren sauber.

	24. L. L.	6	15	Congenit. Herzfehl.		Kräftiger Junge. Keine Rachitis. Etwas fett. Tonsillen nicht vergrößert. Facialisphän. positiv. Keine Übererregbarkeit.
XII. 1910	25. M. A.	$2^1/_2$	150	Ernährungsstörg. Exsud. Diathese (Ekzeme)	$2^1/_4$	† 1 Monat nach der Entlassung. Gesund seit der Entlassung bis auf 3malige Bronchitis. Keine Ekzeme mehr. Selten Schnupfen. Lief mit 16 Monaten. Sehr gutes Aussehen. Keine Rachitis. Tonsillen groß. Nackendrüsenschwellungen beiderseits mäßigen Grades.
I. 1911	26. W. E.	4	78	Schwere Ernährungsstörung Laryngismus stridulus	$2^3/_4$	Nach Entlassung 2—3mal krampfartige Anfälle; später ganz gesund. Lief mit 2 Jahren, aß mit $1^1/_2$ Jahren alles mit, ist schon lange sauber, spricht viel. Aufgewecktes Kind mit enormer Rachitis. Unterschenkel ganz verbogen, mehrere Infraktionen, starke Epiphysenschwellung, Rosenkranz, Rippenbogen weich, großer Bauch. Milz nicht fühlbar. Tonsillen groß. Starke Nackendrüsenschwellungen. Facialisphän. neg.
	27. K. G.	5	60	Chron. Ernährungsstörung (Speikind)	$2^3/_4$	Seit Entlassung bis auf Knochentuberculose gesund. (Vater tbc.) Lief mit 2 Jahren, aß mit 1 Jahr alles mit, ist noch nicht sauber. Keine Rachitis. Mehrere Narben von ausgeheilter Knochentuberculose. Sonst sehr gutes Aussehen. Lungen frei. Tonsillen nicht vergrößert. Leichte Drüsenschwellung am Hals. Keine Neigung zum Erbrechen.

Entlassen	Name	Alter bei Aufnahme Monate	Dauer der Behandlg. Tage	Diagnose	Jetziges Alter Jahre	Gewicht kg	Größe cm	Weitere Entwicklung
	28. M. E.	3½	19	Pneumonie.	2½	13,4		Nach der Entlassung noch fast 1 Jahr kränklich, viel Husten, Otitis media. Im letzten Jahre gesund. Lief mit 18 Monaten, sprach mit 20 Monaten, aß mit 1¼ Jahr alles mit. Etwas blasses, schwächliches Kind. Krumme Unterschenkel, Epiphysenschwellungen, Rippenbogen wulstig vorgetrieben. Tonsillen groß. Reste von Ekzemen an mehreren Stellen.
II. 1911	29. E. A.	6	140	Ernährungsstörg. Bronchitis Adipositas Exsud. Diathese	2¾	12,3		Hatte seit der Entlassung Masern, Scharlach, Keuchhusten, Varicellen. Jetzt wegen Bronchitis in Behandlung. Lief mit 18 Monaten. Sehr fettes Kind. Große Tonsillen, viele geschwollene Nackendrüsen. Milz fühlbar. Etwas Kopfekzem. Leichte Rachitis. Bronchitische Geräusche über beiden Lungen. Munteres Aussehen. Gute Stimmung.
	30. B. A.	2½	195	Schwere Ernährungsstörung Hypothrophie Gewicht mit: 8 Wochen 2740 g 8 Monaten 3280 g	2½	12,8		Seit Entlassung gesund bis auf Röteln. Lief mit 16 Monaten, ist sauber, sprach früh. Gut entwickeltes munteres Kind mit frischen Farben, fester Muskulatur. Keine Zeichen von Rachitis. Facialisphän. neg. Tonsillen groß. Etwas Nackendrüsenschwellung. Innere Organe: o. B.

III. 1911	31.	W. C.	4	60	Ernährungsstörg. (Hypotrophie) Pneumonie Rachitis Tetanie	$2^1/_2$	10,8		Keine Krämpfe mehr seit der Entlassung. Jetzt Keuchhusten. Kind fängt erst an allein zu laufen, spricht wenig, ist sauber. Blasses, fettes Kind mit großem Bauch. Facialisphän. positiv. Keine elektrische Übererregbarkeit. Epiphysenschwellung und etwas Rosenkranz, krumme Beine. Leichte Bronchitis.
	32.	Z. V.	5	16	Milchnährschaden	$2^1/_2$	15		Seit der Entlassung gesund. Lief mit $1^1/_4$ Jahren, ist sauber, spricht fast alles. Gutes Aussehen. Keine Rachitis. Tonsillen groß. Wenig geschwollene Nackendrüsen.
	33.	E. E.	1 Tag	100	Ernährungsbeobachtung				† 5 Monate nach der Entlassung; Ursache unbekannt.
IV. 1911	34.	M. B.	$4^3/_4$ Mon.	300	Chron. Ernährungsstörung Hypotrophie				Nach Brief der Mutter soll Kind gesund und kräftig entwickelt sein.
	35.	B. C.	1	200	Ernährungsstörg. Exsudat. Diathese				Nach Brief soll Kind oft an Ekzemen leiden, jetzt an Otitis media. Sonst gesund.
	36.	S. A.	10	115	Ernährungsstörg. Exsudat. Diathese Tetanie Rachitis	3	10,5	76	Ostern 1912 Röteln und Lungenentzündung. Weihnachten 1912 Keuchhusten; dabei Krämpfe während 2 Tagen. Ging mit $2^1/_2$ Jahren, sprach mit 2 Jahren, ist noch nicht sauber; hat häufig Ausschlag. Kräftig, aber zu fett. Prurigo augenblicklich. Intertrigo hinter den Ohren. Caput quadratum, Epiphysenschwellung, Oberschenkel verbogen. Facialisphän. neg.

Entlassen	Name	Alter bei Aufnahme (Monate)	Dauer der Behandlg. (Tage)	Diagnose	Jetziges Alter (Jahre)	Gewicht (kg)	Größe (cm)	Weitere Entwicklung
V. 1911	37. H. H.	5	9	Ernährungsstörg. Otitis media Exsudat. Diathese	2¼	17.4		Seit der Entlassung nie ernstlich krank, aber oft Schnupfen und Husten. Lief mit 9 Monaten; sprach mit 1¼ Jahr, ist schon lange sauber. Keine Rachitis. Tonsillen groß. Viel Nackendrüsenschwellungen. Sonst sehr guter Zustand. Lungen frei.
	38. K. E.	11	210	Exsudat. Diathese Otitis media Mastoiditis Imbecillität	2¾	14,6		Maßlos dickes Kind mit frischen Farben; geistig wenig entwickelt. Spricht nur einige Worte, steht noch nicht allein, ist noch nicht sauber. Tonsillen groß, viel Nackendrüsenschwellung. Überall Reste von Ekzem, starker Intertrigo am Gesäß. Epiphysenschwellg., Rosenkranz, krumme Oberschenkel.
VI. 1911	39. E. A.	10	80	Ernährungsstörg. Tbc. Verdacht	2¾			Soll öfters husten, sonst gesund seit der Entlassung. Lief mit 2 Jahren. Mageres, blasses, ängstliches Kind. Keine Zeichen von Rachitis. Tonsillen nicht vergrößert. Nirgends Drüsenschwellungen. Lungen frei bis auf einige grobe Rasselgeräusche. Pirquit negativ.

VII. 1911	40. F. C.	6	35	Chron. Ernährungsstörung Otitis media	$2^1/_4$	14	Seit der Entlassung gesund. Lief mit $2^1/_4$ Jahren, aß mit 2 Jahren alles mit. Caput quadratum, Epiphysenschwellung, Milz nicht palpabel. Sehr großer Bauch. Große Tonsillen, Nackendrüsenschwellung.
	41. M. A.	$1^3/_4$	290	Ernährungsstörg.			Nach Bericht des Vaters ist Kind gesund und munter, sehr dick. Lief mit 20 Monaten, aß mit 1 Jahr alles mit. Angeblich keine Rachitis.
	42. H. J.	3	50	Osteomyelitis femoris	2		Tadelloser Zustand. Läuft gut, nur etwas nach außen rotiertes linkes Bein. Keine Rachitis.
	43. P. H.	24 Tage	220	Ernährungsstörg. Hydrocephalus	2	10.3	Seit der Entlassung gesund bis auf häufige Bronchitiden. Geistig wenig entwickeltes Kind mit enormem Kopf, spricht noch nicht, ist nicht sauber, fängt an zu laufen. Fontanelle geschlossen, pectus carinatum. Rosenkranz, Epiphysenschwellung. Großer Bauch. Milz eben fühlbar. Tonsillen groß. Zahlreiche geschwollene Nackenlymphdrüsen.
	44. H. A.	9	55	Ernährungsstörg. Pneumonie Pemphigus	$2^1/_2$		Gutes Aussehen. Geringe Rachitis. Keine vergrößerten Tonsillen und Drüsenschwellungen. Soll immer gesund sein. Lief mit 2 Jahren. Sehr munteres Kind, spricht und versteht alles.
	45. U. R.	4	165	Ernährungsstörg. Neuropathie Tetanie: K. Ö. Z. = 2,8 M. A. Facialisphän. positiv	2	14.3	Sehr kräftiges, aufgewecktes Kind. Soll nach Angaben der Mutter sehr unruhig, „böse“ sein. War seit der Entlassung gesund. Lief und sprach mit 18 Monaten. Keine Rachitis. Prurigo. Starke Dermographie. Reflexe nicht gesteigert. Facialisphänomen negativ.

Entlassen	Name	Alter bei Aufnahme Monate	Dauer der Behandlg. Tage	Diagnose	Jetziges Alter Jahre	Gewicht kg	Größe cm	Weitere Entwicklung
	46. R. M.	6	40	Ernährungsstörg. Hypotrophie Craniotabes	$2^1/_4$			Normal entwickeltes Kind. Seit der Entlassung gesund. Keine erhebliche Rachitis, außer leichter Epiphysenschwellung. Fontanelle geschlossen. Kopf fest. Tonsillen nicht vergrößert. Facialisphänomen neg.
	47. L. E.	6	235	Ekzem Otitis media	$2^1/_4$			Seit Entlassung keine Ekzeme mehr. Nie krank sonst. Spricht schon lang, lief mit 2 Jahren Sehr gutes Aussehen. Große Tonsillen und viel Drüsenschwellungen im Nacken, Achselhöhle, Leistengegend. Krumme Oberschenkel. Epiphysenschwellungen.
VIII. 1911	48. W. R.	2	15	Schwere Ernährungsstörung (Wurde krank auf Wunsch entlassen)				† 3 Wochen nach der Entlassung an Brechdurchfall.
	49. W. J.	10	120	Ernährungsstörg. Ekzeme Augendiphtherie	$2^1/_2$	9,6	74	Masern seit der Entlassung, sonst gesund. Läuft noch nicht, sprach mit 2 Jahren, ißt alles mit, ist noch nicht sauber. Fontanelle noch offen, leichte Zeichen von Rachitis. Bauch sehr dick. Tonsillen enorm, viele geschwollene Nackendrüsen. An Augen keine Spuren der Erkrankung mehr. Innere Organe: o. B.

50. Z. S.	4	20	Krämpfe (Tet.) Albuminurie Ernährungsstörg.	2	10,4	78,8	Keine Krämpfe mehr seit der Entlassung. Operation wegen Nabelbruches, sonst gesund. Lief mit 1½ Jahren, aß mit 1½ Jahren alles mit, ist sauber. Etwas mageres, schwächliches Kind. Starke Rachitis. Tonsillen groß, viele geschwollene Nackendrüsen. Urin frei von Eiweiß. Scabies.
51. B. S.	6	15	Ernährungsstörg.	2½	12,8		Nie krank seit der Entlassung. Lief mit 18 Monaten, aß mit 1 Jahr alles mit, ist noch nicht sauber. Kräftiges Kind. Keine Rachitis. Tonsillen nicht vergrößert. Prurigo.
52. F. F.	10	75	Ernährungsstörg. Keratomalacie	2½	12,2		Seit der Entlassung nie krank. Läuft noch nicht, sprach mit 2 Jahren, aß mit 1½ Jahren alles mit, ist noch nicht sauber. Maßlos dickes Kind. Epiphysenschwellung, krumme Oberschenkel, Fontanelle noch für Fingerkuppe einlegbar. Thoraxdeformalität. Milz eben fühlbar. Große Tonsillen. Facialisphänomen negativ. Trübung der Hornhaut rechts.
53. P. A.	10	105	Exsudat. Diathese Cecitas	2½	11		Gesund seit der Entlassung. Läuft noch nicht. Ist wegen Blindheit sehr ängstlich. Starke Epiphysenschwellung, Rosenkranz Blasses Kind mit schlaffer Muskulatur. Tonsillen groß. Innere Organe: o. B.

Entlassen	Name	Alter bei Aufnahme Monate	Dauer der Behandlg. Tage	Diagnose	Jetziges Alter Jahre	Gewicht kg	Größe cm	Weitere Entwicklung
IX. 1911	54. H. R.	3	200	Chron. Bronchitis Rachitis Leistenhernie Exsudat. Diathese	$2^1/_4$	10,8		Mit 1 Jahr Röteln. Sehr häufig Bronchitiden, Asthma, Schnupfen. Lief und sprach mit 2 Jahren, ist noch nicht sauber. Enorm fettes Kind, großer Bauch. Weicher Thorax, seitliche Einziehungen, mäßige Epiphysenschwellung. Tonsillen groß. Lymphdrüsen geschwollen am Hals und in Achselhöhlen. Facialisphänomen negativ. Milz und Leber nicht palpabel. Über den Lungen keine Dämpfung aber viel Giemen und großblasiges Rasseln, verlängertes Exspirium. Prurigo.
X. 1911	55. U. M.	5	50	Ernährungsstörg. Exsudat. Diathese Bronchitis	$2^1/_4$	10,3	74,75	Guter Zustand. Etwas dick. Geringe Rachitis. Tonsillen groß. Innere Organe: o. B. War gesund seit der Entlassung.
	56. H. H.	3	85	Tetanie Ernährungsstörg. Hernie	2	9,65		Seit der Entlassung öfters Bronchitiden. Geht noch nicht, fängt erst an zu reden, ist noch nicht sauber, aß mit 14 Monaten alles mit. Fontanelle noch offen, enorme Epiphysenschwellung an den Armen, weicher Thorax, Facialis negativ.

	57. N. J.	5	60	Ernährungsstörg.	$2^1/_4$	13,8	Enorm dickes Kind mit frischen Farben. Starke Epiphysenschwellung an Armen, Rosenkranz, krumme Oberschenkel.
XI 1911	58. A. C.	$1^1/_2$	165	Ernährungsstörg. Nasendiphtherie Exsudat. Diathese	$1^3/_4$	8,9	Ging mit $1^1/_2$ Jahren, spricht vieles, ist noch nicht sauber. Seit der Entlassung nie krank. Große Tonsillen, Nackendrüsen geschwollen. Innere Organe: o. B
	59. S. J.	5	105	Ernährungsstörg. Blennorrhoe	$1^3/_4$		Häufig Schnupfen, Intertrigo; sonst gesund seit der Entlassung. Läuft noch nicht, spricht vieles, ist noch nicht sauber. Aufgewecktes Kind von gutem Aussehen, mit frischen Farben. Starker Rosenkranz, Epiphysenschwellung an Armen, großer Bauch; Milz nicht palpabel. Intertrigo hinter Ohren, Lingua geographica, große Tonsillen, viele geschwollene Nackendrüsen.
	60. B. R.	10	55	Nephritis Meningeale Reizung Pylorusstenose (?)	$2^1/_2$	12	Diphtherie mit 14 Monaten, sonst immer gesund. Lief mit $1^1/_2$ Jahren, ist noch nicht sauber. Etwas blasses, pastöses Kind. Rosenkranz und Epiphysenschwellung. Tonsillen nicht vergrößert. Augen: o. B. Guter Zustand. Etwas Epiphysenschwellung, sonst keine Rachitis. Tonsillen nicht vergrößert. Impetiginöses Ekzem im Gesicht. Urin frei von Eiweiß. Brach nach Entlassung nur noch selten, in letzter Zeit gar nicht mehr. Masern mit 2 Jahren, sonst nie krank. Lief mit 1 Jahr, aß mit $1^1/_2$ Jahren alles mit, sprach mit 2 Jahren, ist sauber.

Entlassen	Name	Alter bei Aufnahme Monate	Dauer der Behandlg. Tage	Diagnose	Jetziges Alter Jahre	Gewicht kg	Größe cm	Weitere Entwicklung
	61. K. O.	4	80	Ernährungsstörg. Tetanie	2			Sehr gutes Aussehen. Seit der Entlassung keine Krämpfe mehr, einmal Ekzem, sonst gesund. Lief mit 1½ Jahren, aß mit 1 Jahr alles mit, war früh sauber, fängt an zu sprechen. Keine Rachitis. Tonsillen nicht vergrößert. Facialisphänomen negativ.
XII. 1912	62. M. C.	3	35	Ernährungsstörg. —	1¾	12	78	Kolossal fett, gute Farben Gesund seit der Entlassung. Steht, aber läuft noch nicht, fängt an zu sprechen, ist noch nicht sauber. Starker Rosenkranz, Epiphysenschwellung, Fontanelle noch nicht ganz geschlossen. Innere Organe: o. B.
	63. S. J.	5	13	Exsudat. Diathese Furunkulose —	2	11		Januar 1912 Masern, sonst nie krank. Läuft allein seit 3 Wochen, spricht noch nicht, ist noch nicht sauber, aß mit 1 Jahr alles mit. Kräftiges Kind. Keine Rachitis. Tonsillen groß. Prurigo.

	64. S. A.	9	122	Ernährungsstörg. Exsudat. Diathese Tetanie	3	10,5	76	Dezember 1912 Keuchhusten; dabei 2 Tage lang angeblich Krämpfe; Ostern 1912 Röteln und Lungenentzündung; hat öfters Hautausschlag. Ging mit $2^1/_2$ Jahren, sprach mit 2 Jahren, ist noch nicht sauber. Mäßig entwickeltes Kind, etwas fett. Prurigo mit vielen Kratzeffekten. Intertrigo am Gesäß, hinter Ohren. Große Tonsillen, viele geschwollene Nackendrüsen. Lingua geographica. Caput quadratum, stark verkrümmte Beine, Epiphysenschwellung. Facialisphänomen negativ.
I. 1912	65. D. P.	6	17	Ernährungsstörg. Rachitis Otitis media				† Juni 1912 an unbekannter Ursache.
	66. E. A.	11	300	Bronchopneumonie Hydrocephalus Rachitis Exsudat. Diathese	$2^1/_4$	10,8		Gesund seit der Entlassung, bis auf häufiges Husten und starken Intertrigo. Lief mit 25 Monaten, aß mit $1^1/_2$ Jahren alles mit, ist noch nicht sauber, spricht nur 2—3 Worte. Kind sieht leicht imbecil aus. Großer Kopf. Fontanelle noch nicht ganz geschlossen. Thorax weich, Epiphysenschwellung, verbogene Oberschenkel. Sehr dick. Tonsillen groß, gerötet. Wenig Nackendrüsenschwellung. Facialisphänomen negativ.

Entlassen	Name	Alter bei Aufnahme Monate	Dauer der Behandlg. Tage	Diagnose	Jetziges Alter Jahre	Gewicht kg	Größe cm	Weitere Entwicklung
	67. H E.	8	30	Ernährungsstörg.	2	8,9	76	Seit der Entlassung gesund bis auf Kopfekzem jetzt. Aß mit $1^1/_4$ Jahren alles mit, stellt sich, aber steht noch nicht allein, ist noch nicht sauber. Aufgewecktes Kind. Epiphysenschwellung, Rosenkranz. Große Tonsillen. Starke Nackendrüsenschwellung. Innere Organe: o. B.
II. 1912	68. J. S.	10	108	Ernährungsstörg. Exsudat Diathese	$2^1/_1$			Enorm dickes Kind, läuft noch nicht, spricht nur einige Worte, ist noch nicht sauber. Wird mit Milch überfüttert. Caput quadratum, Epiphysenschwellung, Rosenkranz, verbogene Unterschenkel. Große Tonsillen.
	69. S. R.	4	150	Ernährungsstörg. Furunkulose	$1^1/_2$	12,50	78	Gesund seit der Entlassung. Spur Epiphysenrachitis. Thorax gut gebaut. Gute Zähne.
	70. W. E.	2	290	Ernährungsstörg. (Speikind) Furunkulose				† 8 Tage nach Entlassung, angeblich an Herzschwäche bei beginnender Pneumonie.
	71. B. E.	6	14	Hydrocephalus Tetanie, Rachitis, Exsudat. Diathese Incarcerierte Hernie (operiert)				† 5 Monate nach Entlassung an Krämpfen in einem laryngospastischen Anfall. 3 Geschwister angeblich an „Gichtern“ schon gestorben.

	72. S. C.	8	18	Pneumonie Rachitis	$1^3/_4$	8,9		Tadelloser Zustand. Nie krank seit der Entlassung. Keine Spuren von Rachitis. Etwas große Tonsillen und leichtes Ekzem am Kopf. Lungen frei. Facialisphänomen negativ.
	73. W. A.	$11^3/_4$	55	Pneumonie und Pleuritis Pirquet negativ	$2^1/_2$			Seit dem 1. Jahr, da ihn jetzige Pflegemutter hat, war Kind nie krank. Lief mit $2^1/_4$ Jahren, sprach mit 2 Jahren. Dickes Kind mit frischen Farben. Sehr großen Bauch. Rosenkranz, seitliche Thoraxeinziehungen. Linke Thoraxhälfte deutlich schmäler als rechte; darüber Dämpfung. Atemgeräusch normal. Milz groß, Leber derb. Tonsillen groß. Viele geschwollene Nackendrüsen. Facialisphänomen negativ.
	74. S. R.	$6^1/_2$	13	Pneumonie	$1^3/_4$	12	76	Gesund seit der Entlassung. Sehr schlaffes, pastöses Kind mit großem Bauch. Stellt sich kaum, ist noch nicht sauber, spricht noch nicht. Leichter Rosenkranz, Epiphysenschwellung. Große Tonsillen, geschwollene Nackendrüsen. Lungen frei.
III. 1912	75. K. H.	2	55	Ernährungsstörg. Pertussis	$1^1/_4$	10,3		Gesund seit der Entlassung. Kolossal dick, aber Turgor dabei sehr gut; frische Farben; außerordentlich munter. Epiphysen an Armen leicht geschwollen, sonst keine Rachitis. Geht einige Schritte allein. Tonsillen nicht vergrößert.
	76. T. J.	5	150	Ernährungsstörg. Keratomalacie Tetanie				† mit 20 Monaten in Klinik an Tetanie + Pertussis + Bronchitis diffusa.

Entlassen	Name	Alter bei Aufnahme Monate	Dauer der Behandlg. Tage	Diagnose	Jetziges Alter Mon.	Gewicht kg	Größe cm	Weitere Entwicklung
	77. S. J.	3½	25	Lungentuberculose				† 3 Stunden nach erzwungener Entlassung.
	78. P. Y.	8	6	Pneumonie	22	10,6	69	Tadelloser Zustand. Nie krank seit der Entlassung. Lief mit 9 Monaten, ißt alles mit. Keine Rachitis, keine vergrößerten Tonsillen, keine Drüsenschwellungen. Lungen frei.
	79. S. A.	5	10	Bronchitis Pyelocystitis				† an Bronchitis, angeblich einige Wochen nachdem er gesund entlassen worden war.
	80. M. T.	4½	140	Ernährungsstörg. (Speikind) Craniotabes	2 Jahre			Nach Brief soll er öfters an Husten, Schnupfen, Asthma leiden. Läuft noch nicht.
	81. S. M.	4	180	Ernährungsstörg. Rachitis Hypotrophie				† April 1913 an Pneumonie mit 23 Monaten. War seit der Entlassung dauernd kränklich, hatte öfters Erstickungsanfälle, starke Rachitis (Rippenbuckel). Lief nicht, fing erst an zu sprechen.
	82. H. C.	4	8	Rachitis Hernia umb. und inguinalis	16			Gesund seit der Entlassung. Geringe Rachitis. Impetigo.
IV. 1912	83. M. B.	3 Woch.	12	Ernährungsstörg. Haemangiom	13			Nach Brief gesund seit der Entlassung.
	84. B. A.	3 Mon.	120	Ernährungsstörg. Otitis media				† 7. X. 12. Ursache unbekannt.

85. D. A.	7	70	Tetanie Craniotabes Pneumonie Pemphigus Otitis media	22	10		Fettes Kind mit mongoloïdem Habitus. Keine erheblichen Drüsenschwellungen. Starke Thoraxrachitis, Epiphysenschwellung. Facialphänomen negativ. Innere Organe: o. B.
86. L. M.	2	17	Brechdurchfall				† 21. VII. 12. Ursache unbekannt.
87. B. E.	1	140	Ernährungsstörg. Mastitis Chron. Husten				Nach Bericht der Mutter sehr häufig Husten. Sonst gesund.
88. S. M.	9	7	Leichte Ernährungsstörung Otitis media Exsudat. Diathese	23	11	75	Etwas dick; sonst sehr guter Zustand. Keine Rachitis. Lief mit 12 Monaten. Tonsillen groß. Keine geschwollene Nackendrüsen. Innere Organe: o. B. Seit der Entlassung nie krank.
89. T. R.	10	14	Pneumonie	24	10,5	82	Seit der Entlassung Masern und Scharlach. Ausgezeichnetes Aussehen. Spur Rachitis an Epiphysen. Lief mit 1½ Jahren, aß mit 1 Jahr alles mit, spricht alles. Tonsillen nicht vergrößert, Reflexe normal, Lungen frei.
90. W. R.	1 Tag	190	Lippengaumenspalte	16	6,5		Sehr elendes Kind; fast kein Fettpolster, enormer Intertrigo; ganz schlaffe Muskulatur. Setzt sich noch nicht. Fontanelle für 2 Fingerkuppen offen. Epiphysenschwellung, Rosenkranz. Lippenspalte durch Plastik geschlossen, große Gaumenspalte. Ernährung sehr schwierig. Innere Organe: o. B.

Entlassen	Name	Alter bei Aufnahme Monate	Dauer der Behandlg. Tage	Diagnose	Jetziges Alter Mon.	Gewicht kg	Größe cm	Weitere Entwicklung
V. 1912	91. K. K.	5	47	Ernährungsstörg.	2Jahre			Seit der Entlassung öfters Krämpfe. Diphtherie. Läuft noch nicht, stellt sich kaum. Sehr fettes Kind mit großem Bauch. Epiphysenschwellung, Rosenkranz; Fontanelle offen. Tonsillen nicht vergrößert. Facialisphänomen negativ.
	92. K. J.	8	5	Ernährungsstörg.	19 Mon.			Nach Bericht gesund seit der Entlassung. Lief mit 20 Monaten. Soll keine Rachitis haben. Häufig Husten.
	93. S. M.	4	80	Ernährungsstörg.	18	8,6	72	3 Monate lang nach der Entlassung wollte Kind nicht recht zunehmen. Seitdem geht es besser. Steht noch nicht allein. Seit 8 Tagen Husten. Etwas blasses, schlaffes Kind, sehr fett mit großem Bauch; agil und munter. Fontanelle geschlossen, Epiphysen verdickt. Tonsillen nicht vergrößert, keine Nackendrüsenschwellung. Facialisphänomen negativ. Über beiden Lungen bronchitische Geräusche. Keine Dämpfung.
	94. B. E.	4	30	Pneumonie —				Nach Brief der Mutter gesund seit der Entlassung.

95. W. R.	7	10	Bronchitis Ernährungsstörg.	19			Gesund seit der Entlassung. Lief mit 14 Monaten. Fontanelle geschlossen, etwas Thoraxrachitis und Epiphysenschwellung. Tonsillen groß. Viele geschwollene Nackendrüsen. Lungen frei. Sehr gutes Aussehen.
96. L. M.	7	50	Schwere Rachitis Nasendiphtherie	17	8,3		Leidlich gut aussehendes Kind, etwas blaß, in mäßigem Ernährungszustand. Läuft an der Hand, ißt seit der Entlassung alles mit, spricht einige Worte. Hatte nach der Entlassung Röteln und Hautausschlag. Fontanelle noch 1 Fingerkuppe breit offen, caput quadratum, krumme Oberschenkel, Rosenkranz, Epiphysenschwellung. Facialisphänomen negativ. Lungen frei. Tonsillen groß.
97. H. A.	11	88	Ernährungsstörg.	23	11	79	Sehr fettes Kind mit großem Bauch. Seit der Entlassung gesund bis auf Lungenentzündung vor einigen Wochen. Läuft noch nicht, steht allein. Starke Epiphysenschwellung, Rosenkranz; etwas krumme Oberschenkel. Milz unter Rippenbogen eben fühlbar, Leber nicht vergrößert. Tonsillen sehr groß. Viele geschwollene Nackendrüsen. Schnupfen. Lungen: Etwas Rasseln rechts hinten unten. Keine Dämpfung.
98. G. M.	10	3	Pneumonie Rachitis				Krank auf Wunsch entlassen III. 12. † 11. VIII. 12. Ursache unbekannt.

Entlassen	Name	Alter bei Aufnahme Monate	Dauer der Behandlg. Tage	Diagnose	Jetziges Alter Mon.	Gewicht kg	Größe cm	Weitere Entwicklung
	99. H. A.	$1^3/_4$	330	Schwere Ernährungsstörung Rachitis Pertussis	24	10,6	72,5	Maßlos fett. Steht nur mit Unterstützung nach vorn übergebeugt; fängt an etwas zu reden. Nie krank seit der Entlassung. Fontanelle 1 Fingerkuppe breit offen, Epiphysenauftreibung, Rosenkranz. Facialisphänomen angedeutet. Intertrigo hinter den Ohren. Innere Organe: o. B.
VI. 1912	100. G. A.	4	165	Krämpfe (anamnestisch) In Klinik keine Krämpfe K. Ö. Z. $>$ 5 M. A. Neuropathie	19			Gesund seit der Entlassung bis auf Keuchhusten. Keine Krämpfe mehr. Starkes, etwas dickes Kind, ängstlich und aufgeregt. Läuft an der Hand, spricht einige Worte. Fontanelle nicht ganz geschlossen, Epiphysenschwellung und Rosenkranz. Tonsillen nicht vergrößert. Facialisphänomen negativ.
	101. K. L.	$2^1/_2$	25	Ernährungsstörg.	16			Nach der Entlassung noch längere Zeit kränklich; Masern, Scharlach, Lungenentzündung seitdem. Blasses, fettes aber munteres Kind. Stellt sich noch nicht, spricht noch nichts. Enormer Bauch. Fontanelle 3 Fingerkuppen breit offen. Tonsillen groß, viele geschwollene Nackendrüsen.

	102. M. L.	5	40	Ernährungsstörg. Tetanie (Fac. +; K. Ö. Z. = 2,4 M.A.)	18			Blasses, schwächliches Kind mit enormem Bauch. Trichterbrust, seitliche Thoraxeinziehungen, Epiphysenschwellung. Tonsillen nicht vergrößert. Viele geschwollene Nackendrüsen. Facialisphänomen negativ. Seit der Entlassung nie ernstlich krank, aber auch nie recht gesund. Häufig Husten. Lungen frei. Stellt sich, aber läuft noch nicht; spricht nichts.
	103. G. A.	10	20	Impetigo contag.	21	9,2	76,5	Seit der Entlassung Diphtherie, Masern, häufig urticarieller Ausschlag. Jetzt impetiginöses Ekzem am Mund, viel Schnupfen und Husten. Lief mit 18 Mon., aß mit 1 Jahr alles mit. Rachitischer Buckel, Epiphysenschwellung, Rosenkranz. Mäßig vergrößerte Tonsillen; viele geschwollene Nackendrüsen. Sehr dickes Kind; munter und frisch.
	104. S. E.	6	23	Ernährungsstörg. Otitis media				Nach Angaben der Mutter soll es dem Kinde seit der Entlassung gut gehen.
VII. 1912	105. H. L.	2	25	Ernährungsstörg. Hydrocephalus				† 6 Monate nach der Entlassung an Krämpfen.
	106. B. M.	7	17	Ernährungsstörg.	18	6,92	73	Sehr schlecht entwickeltes Kind, blaß und mager; schlaffe Muskulatur. Steht noch nicht. Schwere Rachitis des Brustkorbes: dabei z. Z. starke Bronchitis. Leber und Milz groß. Bauch sehr dick. Herz: o. B. Ödeme an den Füssen.
	107. J. C.	6	8	Ernährungsstörg.	18			Gesund seit der Entlassung. Zur Zeit Ekzem. Gutes Aussehen. Keine Rachitis.

Entlassen	Name	Alter bei Aufnahme Monate	Dauer der Behandlg. Tage	Diagnose	Jetziges Alter Mon.	Gewicht kg	Größe cm	Weitere Entwicklung
	108. S. P.	3	150	Ernährungsstörg. Craniotabes				† 5 Monate nach der Entlassung an Pneumonie. Kind hatte starke Rachitis, äußerst nachgiebigen Thorax.
	109. E. M.	5	18	Brechdurchfall (Gegen ärztlichen Rat abgeholt)	16	8,46	73,2	Blasses, fettes, schlaffes Kind. Fängt an zu stehen, ißt noch nicht alles mit, bekommt viel Eier und Milch. Hatte nach der Entlassung Durchfall bis im Sept. 1912. Seitdem immer noch kränklich.
	110. G. E.	6	120	Pneumonie Pirquet negativ	20			Epiphysenschwellung und leichter Rosenkranz. 7 Zähne. Tonsillen normal. Etwas Prurigo. Innere Organe: o. B.
	111. S. C.	1 Tag	250	Ernährungsbeobachtung Tetanie	18			Starke Rachitis. Fontanelle noch nicht geschlossen, Epiphysenschwellung, Infraktionen an Oberschenkeln. Schwächliches Aussehen. Läuft noch nicht allein. Innere Organe: o. B.
	112. G. L.	6 Mon.	35	Ernährungsstörg.	18	7,18	73	Nach Angabe der Mutter gesund seit der Entlassung. Keine Krämpfe mehr zu Hause.
								Schwere Rachitis. Infraktion des linken Oberarmes und rechten Unterarmes. Fontanelle offen. Thorax weich. Pectus carinatum. Miserables Kind. Pneumonie des linken Oberlappens. Pirquet stark positiv. Keine Tbc.-Bazillen im Sputum. Schnupfen. Tonsillen enorm.

VIII. 1912	113. R. E.	10 Tage	275	Frühgeburt Bei Geburt: Gew. 2300 g; Länge 47 cm mit 8 Monaten Gew. 4300 g; Länge 62 cm				Gesund und gut entwickeltes Kind.
	114. K. G.	11 Mon.	120	Ernährungsstörg. (Hypotrophie) Rachitis (Kyphose) Lues	22	6,2	68	Schwächliches Kind mit dürftiger Muskulatur und Fettpolster. Kyphose, Rosenkranz, caput quadratum. Tonsillen groß; Landkartenzunge; Nackendrüsen geschwollen. Ekzem im Gesicht. Luetische Papeln ad anum. Geschwür am Zungenbändchen. Läuft noch nicht. Zur Zeit Pneumonie.
	115. F. E.	6	38	Ernährungsstörg.	21	7,3	73,5	Agiles Kind, nicht zu dick. Läuft noch nicht, steht allein; fängt an zu sprechen, ist noch nicht sauber; aß mit 10 Monaten alles mit. Seit der Entlassung gesund bis auf Kopfekzem. Fontanelle für 1 Fingerkuppe offen; etwas Epiphysenschwellung. Tonsillen nicht vergrößert. Viele geschwollene Nackendrüsen. Rechts Leistenhernie.
	116. S. A.	4	175	Exsudat. Diathese	20	9,32	73,5	Gesund seit der Entlassung. Gutes Aussehen, aber sehr fett. Steht noch nicht. Fontanelle 1 Fingerkuppe breit, offen etwas Epiphysenschwellung. Tonsillen nicht vergrößert. Keine Nackendrüsenschwellung. Leichter Stridulus. Facialisphänomen negativ. Innere Organe: o. B.

Entlassen	Name	Alter bei Aufnahme Monate	Dauer der Behandlg. Tage	Diagnose	Jetziges Alter Mon	Gewicht kg	Größe cm	Weitere Entwicklung
	117. K.M.	5	185	Ernährungsstörg. Pneumonie mit außerordentlich schwerer Pertussis, sodaß das Kind wochenlang mit der Sonde ernährt werden mußte.	18			Seit der Entlassung gesund bis auf „schweres Zahnen". Dabei öfters Husten und Durchfall. Sitzt erst seit 2 Monaten, steht noch nicht, ist noch nicht sauber; aß mit 15 Monaten alles mit. Sehr dickes Kind mit frischen Farben. Fontanelle 1 Fingerkuppe breit offen, Rosenkranz; sonst keine Rachitis. Großer Bauch. Facialisphänomen negativ. Tonsillen mäßig vergrößert, einige geschwollene Nackenlymphdrüsen. Lungen frei.
	118. M.R.	10	60	Lues Ernährungsstörg.	22			Seit der Entlassung 2 mal Lungenentzündung, Scharlach, Diphtherie, Masern, Varicellen. Rippenbuckel links, starker Rosenkranz, caput quadratum. Lungen frei. Tonsillen groß. Milz und Leber nicht palpabel. Facialisphänomen negativ.
IX. 1912	119. K.M.	4	52	Ernährungsstörg. Neuropathie	16	13	76	Noch längere Zeit kränklich nach der Entlassung. Jetzt soll Kind ganz gesund sein. Läuft noch nicht, hat 6 Zähne.

	120. G. E.	10	110	Ernährungsstörg. Furunkulose Tuberc. Pneumonie (Gegen ärztlichen Rat abgeholt)				† 13 Wochen nach der Entlassung an Pneumonie.
	121. B. C.	4	100	Ernährungsstörg. Exsudat. Diathese Hypotrophie	16	8,5	69	Mageres, blasses Kind. Dauernd Ekzem seit der Entlassung. Jetzt wieder viele ekzematöse Stellen. Stellt sich noch nicht. Keine Rachitis. Tonsillen groß. Überall geschwollene Lymphdrüsen.
	122. P. E.	1	20	Ernährungsstörg.	13	8	68,5	Gesund seit der Entlassung. Stellt sich allein.
	123. M.W.	1 1/2	6	Ernährungsstörg. Rhinitis Pharyngitis	14			Mäßige Epiphysenschwellung. Tonsillen o. B. Ekzem am Kopf. Leichte Bronchitis. Noch krank auf Wunsch der Eltern entlassen. Noch längere Zeit krank nach der Entlassung. Jetzt starker Junge, aber zu fett, etwas blaß. Thoraxrachitis; innere Organe o. B.
X. 1912	124. H. E.	6 1/2	45	Ernährungsstörg.	15	10,7	76,5	Tadelloser Zustand, aufgewecktes Kind. Lief mit 14 Monaten, fängt an zu sprechen, ist schon sauber. Fontanelle noch 1 Fingerkuppe breit offen, Epiphysenschwellung. Tonsillen groß; Nackendrüsenschwellung.
	125. M.M.	9	20	Bronchopneumonie				† 2 Mon. n. Entlassg. Ursache unbekannt.
	126. E. G.	1	43	Ernährungsstörg.	9	6,35	65	Gesund seit der Entlassung. Augenblicklich etwas Husten. Lungen frei; sehr große, gerötete Tonsillen, viele geschwollene Nackendrüsen. Stellt sich, gutes Aussehen. Wenig Rachitis. Fontanelle 3 Fingerkuppen breit offen. Milz nicht palpabel. Bauch sehr groß.

Entlassen	Name	Alter bei Aufnahme Monate	Dauer der Behandlg. Tage	Diagnose	Jetziges Alter Mon	Gewicht kg	Größe cm	Weitere Entwicklung
	126. B. E.	6	160	Schwere Ernährungsstörung	18	6,6	70,5	Schlecht entwickeltes, blasses Kind. Caput quadratum, Fontanelle noch für 3 Fingerkuppen einlegbar, Rosenkranz, starke Epiphysenschwellung an Armen, Kyphoskoliose. Stellt sich, aber läuft noch nicht. Spricht nicht, ist nicht sauber. Leber und Milz derb palpabel. Hinter Ohren u. am Gesäß Intertrigo. An Nase und Händen impetiginöses Ekzem. Tonsillen sehr groß. Starke Nackendrüsenschwellung.
	127. D. C.	3	290	Ernährungsstörg. Exsudat. Diathese	15			Zu Hause infolge von unvernünftiger Überfütterung mit Milch und Eiern maßlos fett geworden, pastös und blaß. Großer Bauch. Steht noch kaum, ist noch nicht sauber. Seit der Entlassung oft Husten, Schnupfen, Halsentzündungen. Fontanelle für 3 Fingerkuppen offen; starker Rosenkranz. Tonsillen sehr groß; viele geschwollene Nackenlymphdrüsen. Facialisphänomen negativ.

	128. H. G.	$2^1/_2$	195	Ernährungsstörg. (Speikind) Sklerematähnliche Haut	15	9,35		Blasses, schlaffes, fettes Kind. Starke Thoraxrachitis, Epiphysenschwellung. Sitzt noch nicht. Innere Organe: o. B. Keine Hautveränderung. Seit der Entlassung „nie so recht gesund", ohne daß es ernstlich krank gewesen sei.
XI. 1912	129. R. M.	7	163	Pneumonie	13	7,32	67	Tadelloses Aussehen. Seit der Entlassund gesund. Hustet nicht, aß mit 1 Jahr alles mit, fängt an allein zu laufen und zu sprechen. Sehr aufgeweckt. Fontanelle noch für 3 Fingerkuppen offen. Keine nennenswerte Rachitis. Tonsillen nicht vergrößert, nirgends Drüsenschwellungen. Lungen frei.
	130. S. R.	$2^3/_4$	105	Ernährungsstörg. Periproctitischer Abszeß	12	8,32	68	Gesund seit der Entlassung. Aß mit 8 Monaten alles mit, stellt sich. Leichte Rachitis. Tonsillen groß; Nackendrüsen geschwollen. Intertrigo. Mastdarmfistel geschlossen. Innere Organe: o. B.
XII. 1912	131. L. C.	$1^1/_4$	120	Ernährungsstörg.	11	5,23		Guter Zustand. Keine Rachitis. Gesund seit der Entlassung.
	132. L. A.	5	210	Schwere Ernährungsstörung Doppeltseitige Hydrocele	15	7	72	Seit der Entlassung Diphtherie und Varicellen. Sehr fettes, schlaffes Kind. Steht noch nicht allein, spricht einige Worte. Keine Rachitis. Tonsillen groß. Nackendrüsen geschwollen.

Entlassen	Name	Alter bei Aufnahme Monate	Dauer der Behandlg. Tage	Diagnose	Jetziges Alter Mon.	Gewicht kg	Größe cm	Weitere Entwicklung
	133. D. C.	9	133	Unterernährung	18	7,43	69,4	Nach der Entlassung Bronchitis und Masern. Keine Rachitis. Große Tonsillen, Nackendrüsen geschwollen. Kleines aber agiles Kind mit frischen Farben. Stellt sich, spricht noch nicht, sieht etwas imbecil aus Innere Organe: o. B.
	134. G. H.	4	13	Ernährungsstörg.	10			Nach Brief der Pflegefrau ist Kind kräftig und gut entwickelt.
	135. D. R.	2½	55	Ernährungsstörg.	12	8,1	67	Öfters Husten seit der Entlassung. Sehr dickes Kind mit großem Bauch. Versucht noch nicht zu stehen. Fontanelle 3 Fingerkuppen breit, offen Rosenkranz. Tonsillen groß. Etwas Nackendrüsenschwellung. Milz eben palpabel. Intertrigo an Gesäß, Hals, Ellenbogenbeugen. Über beiden Lungen diffuses Rasseln, verlängertes Exspirium. Keine Dämpfung.

136. W. P.	$2^1/_2$	252	Ernährungsstörg. Pneumonie Soor	13	8,5	70,25	Kräftiges Kind mit frischen Farben, guter Muskulatur. Hustet seit einigen Wochen, typischer Keuchhusten. Stellt sich noch nicht; Fontanelle offen, Epiphysenschwellung. Tonsillen nicht vergrößert, Nackendrüsen geschwollen.
137. F. E.	$4^1/_2$	140	Pneumokokken-Empyen (8 mal punktiert, dabei ausgeheilt)				Soll nach Bericht gesund sein.
138. B. A.	4	95	Ernährungsstörg.				Nach Brief der Mutter geht es dem Kinde seit der Entlassung gut.
139. K. M.	11	20	Rachitis Ernährungsstörg. Lues	18	7,2	79	Seit der Entlassung gesund bis auf dauernden Schnupfen. Schnieft deutlich. Aß mit $1^1/_2$ Jahren alles mit, steht noch nicht allein, fängt an zu sprechen. Sehr fettes, blasses Kind mit schlaffer Muskulatur. Starke Epiphysenschwellung, Rosenkranz. Fontanelle für 1 Fingerkuppe offen. Tonsillen nicht vergrößert, nirgends Drüsenschwellungen. Patellar-Reflexe positiv. Facialisphänomen negativ. Milz derb und groß fühlbar. Leber 2 Querfinger breit unter dem Rippenbogen palpabel. Beim Schreien inspiratorische Einziehungen.
140. H. L.	$^3/_4$	9	Frühgeburt mit asphyktischen Anfällen				Nach Bericht soll es dem Kinde gut gehen.

Entlassen	Name	Alter bei Aufnahme (Monate)	Dauer der Behandlg. (Tage)	Diagnose	Jetziges Alter (Mon.)	Gewicht (kg)	Größe (cm)	Weitere Entwicklung
II. 1912	141. S. J.	½	135	Hypotrophie Gewicht mit ½ Mon. 1620 g 5 Mon. 2760 g Augen-Gonorrhoe Tetanie				† mit 17 Monaten an Tetanie und Atrophie nachdem das Kind dauernd krank gewesen war. Hatte mit 17 Monaten ein Gewicht von 4650 g.
III. 1913	142. H. H.	7	45	Ernährungsstörg. Tetanie (K. Ö. Z. = 0,4 M. A.) Keratomalacie links und rechts	10			Rechtes Auge intakt; links Hornhauttrübung. Keine Krämpfe mehr seit der Entlassung. 1 Schwester der Patientin ist an Tetanie gestorben.
	143. K. A.	5	280	Keratomalacie Tetanie		14		Nach Bericht keine Krämpfe mehr seit der Entlassung.
	144. P. A.	5	10	Keratomalacie (beiderseits) Kohlehydratnährschaden Tetanie (K. Ö. Z. = 3 M. A.) Carpopedalspasmen, Laryngospasmus Fac.+) Pericarditis Pneumonie Kind starb in Klinik am 10. Tag				

Literatur.

1. Prinzing. Die Entwicklung der Kindersterblichkeit in den europäischen Staaten. Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik. III. Folge. 17. Bd.
2. W. Prausnitz. Mortalität und Morbidität im Kindesalter. Handbuch der Kinderheilkunde. Bd. I. Pfaundler und Schloßmann.
3. Sonder-Katalog für die Gruppe Säuglingsfürsorge der wissenschaftlichen Abteilung der internationalen Hygiene-Ausstellung Dresden 1911. Zusammengestellt von Dr. Rietschel.
4. Brünig. Säuglingssterblichkeit im Großherzogtum Mecklenburg-Schwerin. Monatsschrift für Kinderheilkunde 1913. Bd. XI. No. 11.
5. Maunoir. De la contagion à l'hopital des enfants. Thèse de Paris 1876.
6. Renault et Siguret. Histoire de l'hospitalisation des enfants malades à Paris. Bull. méd. 22. 1908.
7. Soltmann. Die Säuglingssterblichkeit im Krankenhause. Münchner med. Wochenschrift. 8. Januar 1907.
8. Schloßmann. Erfahrungen und Gedanken über Anstaltsbehandlung der Säuglinge. Monatsschrift für Kinderheilkunde. Bd. XI. 1913. No. 11.
9. Nachrichten des statistischen Landesamtes für Elsaß-Lothringen. No. 9/10. Sept./Okt. Jahrgang 1912.
10. Schloßmann. Statistik und Säuglingsfürsorge. Münchener med. Wochenschrift. 1. Januar 1907.
11. Pirquet. Eine einfache Tafel zur Bestimmung von Wachstum und Ernährungszustand bei Kindern. Zeitschrift für Kinderheilkunde. Originalien. 2. April 1913.

12. Lesage. Lehrbuch der Krankheiten des Säuglings.
13. Salge. Kinderheilkunde.
14. Czerny und Keller. Des Kindes Ernährung, Ernährungsstörung und Ernährungstherapie.
15. Stoeltzner. Üer Tetaniekatarakt. Zeitschrift für Kinderheilkunde. Originalien. 15. Mai 1913.
16. Orgler. Kalkstoffwechsel des gesunden und rachitischen Kindes. Ergebnisse der inneren Medizin und Kinderheilkunde. Bd. VIII.
17. Vogt. Chronische Bronchialektasie. Jahrbuch für Kinderheilkunde. Bd. 74. 1911.
18. Lederer. Über chronische nicht tuberkulöse Lungenprozesse im Säuglings- und frühesten Kindesalter. Jahrbuch für Kinderheilkunde und physische Erziehung. 78. Dritte Folge. 28. Bd. Heft 1.
19. Czerny. Exsudative Diathese.
20. Zappert. Organ. Erkrankungen des Nervensystems. Handb. d. Kinderheilkde. Bd. IV. Pfaundler u. Schloßmann.

Ich, Louisa Ernwein, wurde am 22. September 1878 in Thann (Ober-Elsaß) als Tochter von Heinrich Ernwein, Pfarrer, und Louisa Ernwein geb. Amstoutz geboren. Ich besuchte die höhere Mädchenschule zuerst in Thann, später in Colmar. 11. Juli 1907 bestand ich in Gebweiler das Abiturienten-Examen. Von Herbst 1907 an studierte ich während 5 Semester Medizin in Straßburg und bestand dort das Physikums-Examen am 21. Februar 1910. Das 6. Semester verbrachte ich in München, das 7. in Heidelberg, das 8. in Berlin, die 2 letzten in Freiburg i. B., wo ich am 12. Dezember 1912 das medizinische Staatsexamen bestand. Während des praktischen Jahres war ich zuerst in der Kinderklinik in Straßburg beschäftigt, deren Material ich zu meiner Dr.-Arbeit verwenden konnte, später war ich im Hasenrain-Spital in Mülhausen tätig. Am 18. Dezember 1913 bestand ich das Dr.-Examen in Freiburg.